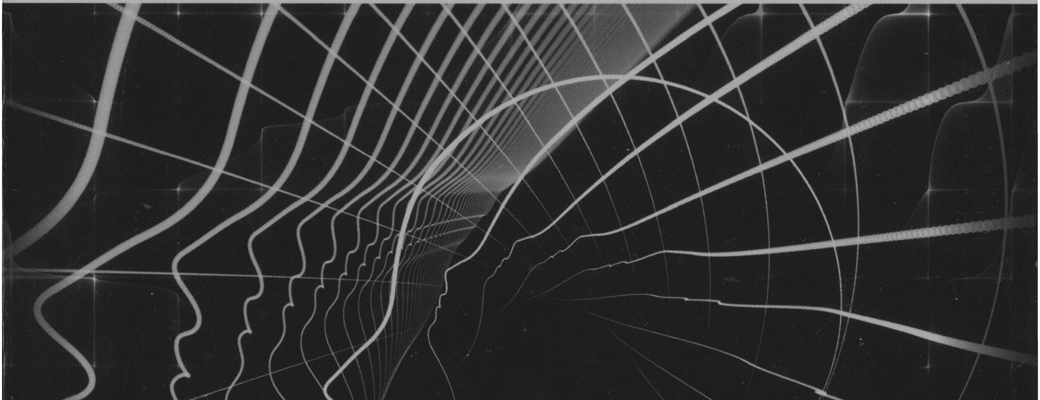
Т.И. Букановская

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

2-е издание, дополненное и переработанное



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Т.И. Букановская

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

2-е издание, дополненное и переработанное

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ВВЕДЕНИЕ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Термин «пропедевтика» имеет греческие корни и переводится как «предварительно обучаю»; понятие «пропедевтика» означает предварительный вводный курс при изучении какой-либо науки, изложенный в сжатой и простой форме. В естественных науках закрепилось понятие «терапевтическая пропедевтика», или «вводный курс», при изучении внутренних болезней. Аналогично психопатологическая пропедевтика предполагает освоение элементарных навыков психиатрической диагностики, позволяющих симптоматически оценить психическое состояние больного.

Настоящее методическое руководство посвящено описанию способов диагностики различных психических нарушений и расстройств, наблюдаемых у пациентов психиатрического профиля. Как известно, основные средства психопатологической диагностики включают следующее:

1) простое наблюдение;
2) прицельный опрос;
3) эксперимент.

К сожалению, в настоящее время врач-психиатр в своей рутинной деятельности в основном использует первые два способа диагностики, пренебрегая экспериментальным методом, под которым врачи чаще всего имеют в виду экспериментально-психологическое исследование, проводимое психологами с использованием набора различных тестовых методик. Стоит напомнить, что многие известные психиатры прошлого, оставившие после себя богатое наследие в виде самых разнообразных психопатологических описаний, нередко самолично использовали эксперимент для понимания сути расстройства. К примеру, у К. Ясперса мы находим описание 24-летнего больного с симптоматикой корсаковского синдрома: пациент во время исследования болевой чувствительности (булавочные уколы), в силу того что каждый укол мгновенно забывался, некоторое время повторно протягивал руку для укола, но вскоре стал руку отдергивать, хотя и не мог объяснить своей реакции. На основании этого автор делает вывод, что даже в условиях полной фиксационной амнезии какой-то элемент неосознаваемого запоминания сохраняется. А.Р. Лурия, выдающийся советский ученый, основатель отечественной нейропсихологии, в своих работах проявлял

высокую изобретательность в плане проведения различных экспериментов при обследовании больных. Действительно, в тех случаях, когда наблюдение за пациентом и опрос заводят врача в диагностический тупик, умело поставленный эксперимент, базируемый на методиках психотерапевтической диагностики (широко представленных, к примеру, в гештальт-терапии, символ-драме, телесно ориентированной терапии), может внести диагностическую ясность и даже, более того, сориентировать врача в терапевтической тактике.

Настоящая работа представлена двумя разделами: первый раздел посвящен описанию методов психопатологического исследования, во втором разделе приводится схема синдромальной диагностики и примерные образцы описания психического статуса пациентов с различными психопатологическими состояниями на примере ситуативных задач.

РАЗДЕЛ I

МЕТОДЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Глава 1

НАБЛЮДЕНИЕ

В отличие от терапевтической пропедевтики, где клинический статус больного оценивается по его физическим признакам (цвет лица, масса тела, частота пульса, дыхания и т.д.), психопатологическая пропедевтика оценивает эмоциональные и поведенческие проявления больного, начиная с того момента, как только он переступил порог кабинета. Используя наблюдение, мы можем оценить следующее.

- Поведение пациента в так называемом терапевтическом пространстве.
- Поза и положение тела.
- Двигательная активность.
- Речевая активность.
- Эмоциональное состояние и эмоциональные реакции.

ПОВЕДЕНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Как только пациент оказался наедине с врачом, он вместе с ним составляет так называемое терапевтическое пространство, в котором осуществляется контакт «врач — больной». По тому, как ведет себя пациент в терапевтическом пространстве, какую позицию он занимает, уже можно судить о его психическом состоянии. Что такое терапевтическое пространство? Это пространство, в центре которого находятся двое — целитель и больной. Рассмотрим схожие ситуации, когда одно и то же физическое пространство является терапевтическим или таковым не является. Если, к примеру, на вечеринке одному из гостей стало плохо и оказавшийся там медицинский работник оказывает медицинскую помощь, то для обоих, заболевшего и целителя, вечеринки уже не существует, для них физическое пространство стало терапевтическим. Но если на вечеринке встретились врач и больной и последний, между прочим, спрашивает у врача совета или консультируется, то эту ситуацию уже нельзя назвать терапевтической, поскольку оба осознают, что они прежде всего находятся на развлекательном мероприятии.

Классический пример терапевтического пространства — это хирургический зал, в центре которого хирург оперирует пациента, или массажный кабинет, в центре которого массажист также работает над пациентом. Разница в том, что в первом случае хирург занимает доминантную позицию, а пациент находится полностью в подчиненном положении. Во втором случае, наоборот, пациент зачастую доминантен, он заказчик, а массажист оказывает соответствующую услугу.

Как же должно выглядеть терапевтическое пространство в случае «психиатр — пациент»? Несомненно, что оба должны находиться в центре. В зависимости от состояния пациента психиатр может занимать доминантную позицию (авторитарный стиль) или обслуживающую позицию (стиль обслуживания, уговаривания). Чем-то этот альянс сродни позиции «учитель — ученик».

Какой должна быть позиция пациента (неважно, с какой патологией), если у него сохранена критика? С одной стороны, пациент должен понимать, что психиатр все-таки находится «над пациентом», а не «под ним». С другой стороны, больной имеет право предъявлять запрос, требовать помочь ему, например, избавить его от голосов, бессонницы, тревоги или состояния тоски.

Какие нарушения позиции в терапевтическом пространстве можно наблюдать среди больных с психическими расстройствами?

- **Избегание терапевтического пространства.** Больной при этом держится на расстоянии, как можно дальше от собеседника (врача). В самых крайних случаях пациент стремится выйти из кабинета. Любое приближение врача к пациенту вызывает усиление реакции избегания. Самым ярким примером реакции избегания является ребенок, страдающий аутизмом. У взрослых пациентов реакции избегания могут быть продиктованы императивными слуховыми обманами, бредовыми идеями преследования, при этом также отмечается избегание или даже полное отсутствие речевой коммуникации (см. ниже). Вариантом позиции избегания является **оборонительная позиция,** когда пациент выглядит так, будто он находится на допросе в кабинете у следователя, к примеру, может сесть за спинку стула (которая как бы служит своеобразным щитом) или же скрещивает руки на животе или груди. При внимательном наблюдении можно увидеть менее заметные проявления «обороны»: к примеру, рука (чаще всего правая) либо зажата между ногами, перекинутыми одна на другую, либо удерживается другой рукой, стиснутой в кулак, который направлен в сторону собеседника. Формулировки, характеризующие данную позицию, жела-

тельно делать описательными: буквально описывать то, что мы конкретно наблюдаем, во избежание трафаретных заключений, к примеру, о наличии у больного негативизма (негативизм — это в большей степени поведенческое расстройство). Избегание терапевтического пространства не всегда обусловлено болезненным фактором и нередко может быть психологически понятным.

- **Доминантная позиция.** Данная позиция характеризуется господствующим положением пациента. Внешне выглядит это следующим образом: больной держится свободно, уверенно, раскованно, в крайних случаях даже развязно. При этом пациент может «посягать» на пространство врача, например, вытягивает ноги в сторону врача, кладет локти на стол, может брать в руки предметы, ему не принадлежащие. Наиболее распространенные формулировки для описания данной позиции — «не соблюдает дистанцию, ведет себя доминантно»; для детей более подходит формулировка «расторможен».

Вариантом доминантной позиции является **демонстративная позиция,** характерная, к примеру, для истерических нарушений. В этом случае пациент презентирует позицию больного именно в присутствии медицинского работника, невольно навязывая окружающим созданным им клинический образ.

ПОЗА И ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА

Расположение тел в пространстве, как живых, так и неживых, отражает некоторое состояние динамического равновесия между физическими свойствами самого предмета и физическими свойствами окружающей среды. Например, положение камня, лежащего на ровной поверхности, может быть одним, и положение этого же камня, зажатого среди других камней, может быть совсем другим. В первом случае мы можем сказать, что камень лежит свободно, во втором случае — что он втиснут, зажат. Положение человека в пространстве обозначается как поза. По меткому определению Н.А. Бернштейна, автора ряда работ по физиологии движений и активности, «поза есть частный случай движения (текущего с нулевыми скоростями точек)». Для человека окружающее его пространство является не только физическим — человек с самого рождения окружен социальным пространством, именно последнее играет определяющую роль в формировании той или иной позиции или позы. К примеру, если вы увидите лежащего на земле

человека, который не умер и не болен, а просто отдыхает, то у вас сразу возникнет мысль, что это бродяга. С точки зрения его физического взаимодействия с материальной средой у него все в порядке: ему захотелось полежать, и он принял удобное положение тела в удобном для него месте. Однако современное общество не поощряет подобное поведение — в местах общественного пользования нельзя лежать, спать, нельзя совершать физиологические отправления и т.д. Именно поэтому в контексте его социального взаимодействия с окружающей средой его поза будет являться неадекватной.

Позу сидящего перед вами пациента следует оценивать по четырем векторам, приведенным в рис. 1.

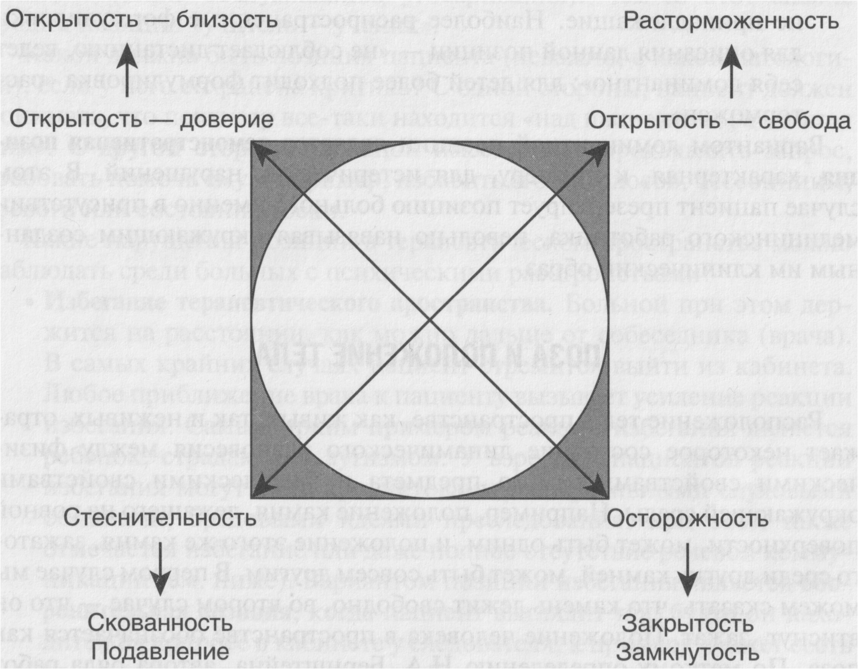


Рис. 1. Схема описания позы тела

I. **Открытость — свобода** как проявление спонтанности или двигательной свободы, в своем крайнем выражении достигающее состояния ***расторможенности*** (свобода от социальных норм и общепринятых в социуме поведенческих паттернов).

II. **Открытость — доверие,** в своем крайнем выражении достигающее уровня ***интимной близости.***

III. **Стеснительность** как проявление ограниченной спонтанности — от малозаметной неловкости до состояния ***скованности*** или состояния подавления — состояний двигательной несвободы.

IV. **Осторожность,** связанная также с проявлением ограниченной спонтанности, но, в отличие от стеснительности, носит ориентировочный характер (наподобие той, которая наблюдается у охотника или у человека, вошедшего в новый коллектив). В своем крайнем проявлении осторожность, которая психологически может быть понята и не лишает человека его спонтанной активности, переходит в ***замкнутость,*** которая выражается в том, что у замкнутого субъекта в присутствии *другого* прекращается всякая спонтанность. Если про осторожного человека можно сказать, что он все-таки делает какие-то социальные подвижки (что, к примеру, характерно для невротиков), то про замкнутого субъекта можно сказать, что он ведет себя примерно так, как ведут себя некоторые животные в опасной ситуации: старается замереть, застыть.

Из представленной схемы видно, что векторы находятся между собой в полярных отношениях: вектор I (открытость — свобода) противоположен вектору III (стеснительность), вектор II (открытость — доверие) противоположен вектору IV (осторожность).

В обычной жизни у человека, живущего в обществе, в зависимости от его текущего взаимодействия с реальным миром, можно наблюдать разные позиции в их сменяемости: в какой-то ситуации человек ведет себя открыто и свободно, в другой ситуации этот же человек может выглядеть стеснительным. Гибкость перехода от одной позиции к другой отражает достаточно развитую адаптивность.

О патологии говорят тогда, когда поза человека:

1) представляет крайний вариант обозначенного вектора — к примеру, поза человека, отдыхающего в парке и сидящего на скамейке, является примером открытости и свободы, в этом случае мы можем сказать, что его поза непринужденная, свободная или что он держится естественно; но если речь идет о человеке в состоянии опьянения, также сидящем на скамейке (развалившись, широко вытянув ноги, или даже нередко лежащим), то мы констатируем расторможенность и излишнюю расслабленность;
2) не соответствует текущей ситуации; возьмем, к примеру, самую обычную ситуацию — ситуацию осмотра пациента в кабинете пси-

хиатра, при этом пациент может демонстрировать открытость — доверие, и стеснительность, и настороженность, что представляется психологически понятным, но, если пациент ведет себя слишком свободно, так, как будто он находится в зоне отдыха (как это было описано выше), мы, конечно, еще не вправе описывать его состояние как расторможенное, но в данном случае его естественное состояние выглядит уже как неестественное для данной ситуации, и, подозревая стоящую за этим гипоманию, мы должны констатировать данное состояние соответствующими формулировками («держится излишне свободно, расслаблен, раскован»).

Характеристика патологических состояний

Расторможенность — крайнее проявление мнимой свободы от социальных норм и запретов, обусловленное отсутствием самоконтроля. Снижение контролирующих и репрессирующих корковых влияний, исходящих из лобных отделов мозга, может быть временным явлением, например, в состоянии алкогольного опьянения, а может быть явлением постоянным, обусловленным стойкой мозговой дисфункций.

Как выглядит поза человека в состоянии открытости? Открытость вовсе не означает наличие какого-либо вычурного положения тела, человек может находиться в самой обычной позе. Открытость позы проявляет себя в большей степени контекстуально. Представьте себе человека, глядя на которого вы понимаете, что если вдруг с него исчезнет вся одежда и он окажется перед вами обнаженным, то его поза ничуть не изменится, — это и есть крайнее проявление открытости. Понятно, что подобная открытость окружающими людьми часто наделяется такими определениями, как нахальность, бесстыдность, которые неуместны в медицинской терминологии.

Открытость — доминантность. Другим вариантом открытости, не достигающим степени расторможенности, является состояние открытости в сочетании с доминирующей позицией. Представьте себе человека, стоящего с широко расставленными ногами (или сидящего с широко расставленными коленями), с развернутой вперед грудью, с расправленными плечами, руками, упершимися в бедра, с расставленными в стороны локтями. Подобная поза (поза альфа-самца) указывает не только на открытость, но и на самоуверенность, претензию на авторитарность. Подходящие формулировки для описания данного состояния — «держится свободно, самоуверенно».

Открытость — близость представляет собой крайнюю степень позиции «открытость — доверие», последняя считается позитивным состо-

янием пациента в его терапевтическом альянсе с врачом, поскольку он полностью доверяется врачу и готов выполнять все рекомендации. Внешне данная позиция ничем не отличается от позиции «открытость — свобода», разве что большей степенью пассивности и угадываемой контекстуально готовностью к подчинению. Поскольку по внешним признакам состояние клиента представляется естественным, врач может не заметить перехода в крайнюю степень данного состояния — **«открытость — близость»,** наиболее ярко проявляющую себя в механизме переноса, описанном З. Фрейдом, когда пациент отождествляет врача со своими родителями и постепенно начинает предъявлять запросы не только медицинского характера.

Скованность по внешним признакам представляет собой крайнюю степень стеснительности, но по своему генезису это различные явления. Стеснительность, которая является вариантом нормы, отражает в буквальном смысле ***стесненность,*** иногда даже вызванную физическими факторами. Представьте себе человека, пришедшего на праздник в красивой, но очень неудобной одежде или тесной обуви. На фоне других веселящихся, танцующих людей такой человек будет выглядеть стеснительным. Единственное, что ему остается, — это принять более комфортную для него позу, если возможно, ослабить стеснение (например, незаметно под столом слегка снять обувь) и наблюдать за окружающими. Психиатрам приходится сталкиваться со стеснительностью другого рода, обусловленной психологическими факторами. Речь чаще всего идет о невротических натурах, недостаточно уверенных в себе, на которых присутствие других, особенно незнакомых людей, действует как стесняющий фактор.

Скованность, в отличие от стеснительности, имеет другую природу, которую можно выявить путем несложного эксперимента — попросить пациента раскрыть пальцы веером; при наличии скованности ладонь раскрывается медленно и тяжело, как будто между пальцами рук натянуты невидимые, с трудом растяжимые перепонки. Причиной скованности очень часто является органический фактор (например, мышечная ригидность при болезни Паркинсона). В психиатрии самым ярким примером скованности является кататонический ступор с восковой гибкостью. Поза пациента со скованностью внешнему наблюдателю нередко представляется неудобной, дискомфортной, однако сам пациент очень часто этого дискомфорта не отмечает, в отличие от пациента со стеснительностью.

Невольно вспоминается девочка-подросток с симптомами неврастенического нервоза, поза которой вызывала чувство настороженно-

сти. Все время беседы она сидела в позе первой ученицы (ровная спина, руки, лежащие на коленях ладонями вниз). Обычно такую позу у перфекционных невротиков характеризуют как скованную, на самом деле у невротиков это проявление выраженной стеснительности, которую можно охарактеризовать как зажатость, поскольку при внимательном рассмотрении можно обнаружить, хотя и не явно выраженные, но все-таки какие-то ***шевеления*** тела (легкий наклон головы, сгибание/разгибание пальцев рук, незаметные покачивания торса и т.д.). Подобная зажатость у невротиков сопровождается чувством дискомфорта и способствует усилению некоторых невротических симптомов (усталость, головные боли, боли в теле и т.д.). В данном же случае девочка сидела не шелохнувшись, полностью замерев, взгляд и голова были направлены по одному и тому же вектору, в сторону собеседника, то есть налицо была скованность, причем данное состояние никак не беспокоило подростка, на соответствующий вопрос пациентка ответила, что она не испытывает никакого дискомфорта. Настороженность врача в подобном случае не была излишней, учитывая фактор наследственной отягощенности по болезни Паркинсона.

Как было уже отмечено выше, при стеснительности на субъекта действуют (стесняют) внешние факторы, физические или социально-психологические, которые он пытается максимально ослабить ***произвольным*** путем; при скованности действуют эндогенные факторы (неврологические, психические), создающие определенную мышечную структуру, которая, в свою очередь, определяет позу человека помимо его воли, то есть ***непроизвольно.*** К примеру больной со спастической кривошеей 1 на самом деле не испытывает выраженного физического дискомфорта, но понимая, что такого не должно быть, обращается за помощью.

Больные, вышедшие из кататонического ступора, иногда с удивлением вспоминают, что они подолгу находились в неудобном положении, но при этом не испытывали никакого неудобства и их неестественное положение воспринималось ими как естественное.

Формулировки, используемые для описания скованной позиции, следующие: «скованность, поза принужденная, неестественная»; при этом можно подробно описать позу.

[1] Скованность отдельных групп мышц, как, к примеру, при кривошее, в неврологии обозначается как дистония. Психиатрам следует знать, что дистонии не только бывают органического генеза, но и могут иметь в своей основе диссоциативный механизм (истерическая кривошея, писчий спазм).

Подавленность. Само слово означает, что на человека давит что-то такое, от чего он не может избавиться, и ему остается только согнуться, внешне больной так и выглядит — либо сломленным, либо придавленным к земле. Подавленность как состояние, противоположное свободе, у обычного человека связано с ситуациями ***невозможности.*** Чаще всего такой ситуацией является утрата близкого, которого ***невозможно*** воскресить. Бывают и другие ситуации, приводящие к подавленности, — разочарование в любви и любимом человеке, прошлые романтические отношения, которые невозможно вернуть, невозможность восстановления покалеченной ноги для танцора или спортсмена или же невозможность избежать наказания (судебный приговор) и т.д.

При отсутствии реальных жизненных утрат подавленность наблюдается при тоскливой депрессии. Типичные описания такого пациента — «сидит согнувшись, с опущенной головой, плечи опущены, взгляд устремлен вниз».

Закрытость — замкнутость. Данная позиция отражает общую интроверсию, установку ухода в себя. Образно это можно сравнить с ежом, свернутым в клубок, или с улиткой, спрятавшейся в своей раковине, но все-таки приведенные зоологические сравнения ближе к позиции осторожности или **закрытости,** последняя обычно сочетается с избеганием терапевтического пространства. Как выглядит человек в закрытой позе? Если вы внимательно наблюдаете за таким индивидом, то вы можете увидеть руки, скрещенные на груди или животе, крепко стиснутые колени или скрещенные ноги. При закрытости отмечается избегание терапевтического пространства, которое можно увидеть, например, в том, что пациент может сидеть по отношению к врачу вполоборота. Проявления закрытости проявляют себя и в мимике, и в пантомимике: плотно сжатый рот или рот, прикрытый ладонью, прищуренный взгляд или взгляд исподлобья.

От закрытости следует отличать **замкнутость.** Используя также зоологический образ, можно сказать, что замкнутость напоминает состояние гусеницы, завернувшейся в кокон. Если закрытость позы легко обнаруживается по перечисленным выше признакам, что означает, что при закрытости субъект все-таки реагирует на окружающих лиц, хотя и отгораживается от них, то при замкнутости поза на первый взгляд может показаться свободной и даже открытой. Замкнутость угадывается по общему впечатлению эффекта ***психического отсутствия субъекта,*** как это, к примеру, наблюдается у некоторых учеников на уроке или студентов на лекции: при формальном присутствии учащегося опытный педагог всегда увидит отрешенность, когда мысли и переживания

ученика находятся где-то далеко, только не здесь и не сейчас. Конечно же, подобные состояния легкого транса никак нельзя назвать замкнутостью, поскольку внешняя стимуляция, к примеру, прямое обращение, легко возвращает субъекта в текущую реальность, что бывает сразу заметно по изменению позы (подобранность). Патологическая замкнутость обычно сочетается с общей недоступностью, с отсутствием речевого контакта, поэтому данное состояние лучше всего описывать соответствующими формулировками, которые приведены ниже.

Закачивания описание позы пациента, добавим к нему видимые при внешнем наблюдении некоторые физические характеристики, ассоциированные с общей конституцией или психическим состоянием (астенического, лептосомного сложения, пониженного или повышенного питания, с признаками дисплазии и др.).

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Двигательная активность человека как ничто другое отражает реальный контакт человека с внешним миром. Когда человек не контактирует с внешним миром, если речь идет о норме? Тогда, когда он спит, то есть у него отсутствует сознание, при этом у него также отмечается снижение мышечного тонуса, движения носят единичный и рефлекторный характер. Но как только у человека появляется бодрствующее сознание и вместе с ним восприятие и контакт с внешним миром, он в этом мире начинает двигаться с разной степенью активности — от чрезвычайной активности до чрезвычайной медлительности. Конечно, очень трудно ответить на вопрос, какое количество движений должен осуществлять индивид в единицу времени, но тем не менее у каждого человека с годами вырабатывается некое понятие нормы двигательной активности применительно к каждой возрастной категории. К примеру, непоседливый, ерзающий на стуле, постоянно совершающий какие-то движения первоклассник хотя и раздражает учителя, но пока воспринимается адекватно. Такое же поведение на занятии у 20-летнего студента высшего учебного заведения будет восприниматься уже как неадекватное, гиперактивное, аналогичное поведение у пожилого человека воспринимается как болезненное возбуждение.

Двигательную активность нужно оценивать по следующим векторам.

I. Малоактивность (малоподвижность) — гиперактивность.

II. Заторможенность — возбудимость.

III. Напряженность — расслабленность.
IV. Моторная ловкость — дискордантность.
V. Нарушения поведенческих реакций.

I. Малоактивность - гиперактивность

Пониженная двигательная активность или малоподвижность. Крайним проявлением пониженной двигательной активности является полная обездвиженность больного, характерная для кататонического ступора, что встречается относительно редко в практической деятельности врача-психиатра. Более распространенный клинический признак в виде малоподвижности констатируется тогда, когда пациент за определенный отрезок времени совершает заметно малое количество движений. В случае констатации малоподвижности наша следующая задача заключается в том, чтобы определить ее генезис. Причины пониженной двигательной активности следующие.

- Малоподвижность, обусловленная мышечной скованностью, описанной выше, с соответствующими формулировками.
- Малоподвижность, обусловленная замкнутостью (см. выше).
- Малоподвижность, обусловленная астенией, например мышечной слабостью (миастенический синдром, рассеянный склероз), или общим астеническим состоянием (общая слабость при депрессии, астения при психоорганическом синдроме); при описании данного вида малоподвижности можно использовать уточняющие формулировки («выглядит уставшим, ослабленным», «астенизирован», «стремится прилечь»).
- Малоподвижность, обусловленная мотивационным компонентом (отсутствие потребности двигаться), наблюдаемая при апатико-абулических состояниях и состоянии аспонтанности; также требует уточняющих формулировок, описывающих апатический и аспонтанный синдромы.
- Малоподвижность, связанная либо с некоторым снижением уровня бодрствующего сознания [примером являются состояние медитации либо другие трансовые состояния сознания (близкие к гипнотическим), даже просто интенсивное состояние созерцания (в состоянии активности находится только зрительная система)], либо с ослаблением контакта с окружающим миром, вызванным психотическим фактором (галлюцинаторные, бредовые переживания); при описании данного вида малоподвижности можно использовать такие формулировки, как «отрешен», «слабо реагирует на внешние стимулы», «сосредоточен в себе».

От точности описания зависят диагностические выводы. Приведем разные примеры описания малоподвижности:

1) пациент малоподвижен, скован, подолгу сидит в неудобной позе;
2) пациент малоактивен, подолгу не меняет позы, безучастен к окружающему, отрешен от реальности;
3) пациент малоподвижен, выглядит ослабленным, уставшим, временами подавленным.

В первом случае речь идет о состоянии скованности (например, субступорозное состояние), во втором — о состоянии замкнутости (аутистическая установка), в третьем — о депрессии.

Повышенная двигательная активность. Крайним проявлением повышенной двигательной активности является **психомоторное возбуждение,** которое, по словам Э. Кречмера, сравнимо с «двигательной бурей», когда в действие вступают филогенетически древние формы поведения. Психомоторное возбуждение — типическая реакция живых существ в ситуации стресса и опасности, когда быстро пускаются в ход одно за другим все движения, находящиеся в распоряжении данного существа. Биологическая целесообразность такого возбуждения состоит в том, что среди многих беспорядочных движений найдется одно, которое, возможно, выведет животное из опасной ситуации (что не раз проверено опытами с лабораторными животными, которым создавались специальные условия). В реальной жизни животных может наблюдаться другое: психомоторное возбуждение ни к чему не приводит, кроме истощения.

Психомоторное возбуждение у человека является неспецифическим клиническим симптомом, имеющим отношение ко многим психическим расстройствам, и относится к ургентным состояниям, требующим немедленного купирования.

В клинической психиатрии чаще приходится иметь дело с **гиперактивностью,** которую, по аналогии с малоподвижностью, можно определить как состояние, в котором пациент за определенный отрезок времени совершает заметно большое количество движений, имеющих нецелесообразный характер. Причины гиперактивности следующие:

- гиперактивность, обусловленная состоянием расторможенности, которая наиболее ярко проявляет себя при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей или при кататоническом (гебефреническом) возбуждении;
- аффективная гиперактивность, обусловленная определенным эмоциональным состоянием; речь чаще всего идет о маниакаль-

ном состоянии, несколько реже — о тревожно-депрессивном возбуждении (ажитация, раптус меланхоликус).

Гиперактивность — расторможенность — часто наблюдаемый феномен в психиатрии, ассоциированный со многими психическими расстройствами. Используемые формулировки для данного состояния — «подвижен, неусидчив, не удерживается на месте, ходит туда-сюда, совершает массу лишних движений». Состояние гиперактивности — расторможенности связано с ослаблением волевого контроля над поведением, которое принимает непроизвольный характер и напоминает поведение маленького ребенка или поведение человека в состоянии алкогольного опьянения. Многие истерические феномены также связаны с феноменом гиперактивности — расторможенности (именно это имеют в виду, когда о ком-то говорят, что он «закатил истерику»). При диссоциативном расстройстве наблюдается гиперактивность — расторможенность локального характера (тремор, подергивания).

Расторможенность — сложный психофизический процесс, который подробно описан Э. Кречмером в его исследовании истерических феноменов и включает следующие компоненты:

- рефлекторное возбуждение активности подкорковых структур — от несложных рефлекторных актов (тремор, рвота, тики) до более сложных подкорковых автоматизмов (вращение, изгибания тела, ползанье);
- ослабление сознательного волевого контроля, направленного на подавление рефлекторной активности;
- полусознательное направление произвольной активности ***на поддержание и усиление*** рефлекторного возбуждения.

В норме произвольное и рефлекторное движения никогда не сливаются в единое целое, скорее, они дополняют друг друга. Обычно рвотное движение носит рефлекторный, то есть непроизвольный характер. В случае возникновения позыва на рвоту человек в состоянии, по каким-то психологическим мотивам, усилием воли его подавить, то есть это будет произвольное подавление, вызывающее состояние физического дискомфорта. Но рвотное движение, как правило, не подавляется. Но зададимся другим вопросом: может ли обычный человек произвольно вызвать акт рвоты? Ответ очевиден: не может, это возможно только после определенных манипуляций, специально направленных на возникновение рвоты (теплое обильное питье, надавливание на корень языка). А теперь обратимся к клинической картине нервной анорексии, где мы можем наблюдать, как пациент постепенно взращивает, вырабатывает в себе рефлекторный позыв к рвоте, который он

сознательно и произвольно ***поддерживает,*** и, наконец, наступает такой момент, когда пациент не в состоянии вообще принимать любую пищу из-за рвоты, которая возникает после каждого приема пищи, причем легко и безболезненно, как привычный рефлекторный акт (в отличие от обычных людей, для которых рвота — неприятное и болезненное состояние).

Аналогично, если попросить здорового человека изобразить ознобоподобный тремор, то даже если ему это удастся, то ненадолго. А при истерическом треморе мы видим, что субъект может часами дрожать, и это состояние не составляет ему никакого труда, не вызывает ощущения усталости. Невольно возникает вопрос: почему субъект поддерживает расторможенность рефлекторной деятельности, исходящей из подкорковых структур (руброспинальный и таламопаллидарный уровни)? Частично это можно объяснить, наблюдая поведенческие реакции обычных людей в болезненной ситуации. Представим себе человека, у которого налицо воспалительная реакция с подъемом температуры, и его знобит, трясет. Как он может реагировать на озноб? Его реакция во многом зависит от текущей ситуации, в зависимости от которой он может усилием воли в значительной мере ослабить озноб, и каждый согласится с тем, что это будет требовать значительного напряжения (человеку придется собрать волю в кулак). Но если индивид находится в постели в номинации заболевшего, при наличии заботы и ухода от окружающих, то он может позволить себе трястись вволю, при этом он может заметить, что это ему удается ***легко.*** Если возникший рефлекторный акт очень долго поддерживается произвольным влияниями, исходящими из корковых структур мозга (моторная область), то в дальнейшем он надолго закрепляется. Участие произвольной деятельности обнаруживается в том, что подобные состояния локальной гиперактивности — расторможенности часто сопровождаются демонстративностью, то есть резко усиливаются в присутствии других людей.

Аналогичное закрепление можно найти в поведении ребенка в зависимости от характера его воспитания и его индивидуальных особенностей. Представим себе ситуацию: ребенок упал и слегка ушибся, у него может возникнуть рефлекторный акт даже не плача, а просто вскрика. Этот рефлекторный акт легко устранить, если внимание ребенка быстро направить в сторону нового и интересного объекта. Другой же ребенок может надолго закатиться в плаче, даже позабыв о вызвавшей его причине, при этом, как правило, рядом находится утешающая и очень заботливая мать.

Таким образом, состояние гиперактивности — расторможенности, несмотря на то что изначально инициируется рефлекторным возбуждением, в дальнейшем закрепляется благодаря произвольному (хотя не всегда осознаваемому) усилению, мотивированному двумя факторами: а) ситуативностью; б) легкостью исполнения и отсутствием произвольного напряжения.

Отдельным вариантом гиперактивности — расторможенности являются **гиперкинезы,** которые можно определить как двигательную расторможенность отдельных групп мышц. Представьте себе, что ваша кисть вдруг сама по себе стала периодически совершать хватательные движения, это и будет гиперкинез. Гиперкинезы, являющиеся основным расстройством при синдроме Жиля де ля Туретта, проявляются на фоне ясного сознания, то есть даже ребенок осознает их наличие, но он не в состоянии их контролировать, более того, он их часто не замечает. Однако в какой-то степени гиперкинезы могут контролироваться: например, в какой-то момент ребенок может прекратить эти действия в ответ на замечание извне. Некоторые дети старшего возраста отмечают, что на школьных уроках, когда они сосредоточены, гиперкинезов становится значительно меньше, но при этом нарастает напряжение, а дома они вновь усиливаются. В отличие от описанной выше гиперактивности — расторможенности истероформного характера, гиперкинезы ***никогда не поддерживаются*** произвольной активностью, наоборот, усиление произвольной активности сопровождается редукцией гиперкинезов. По этой же причине гиперкинезы не сопровождаются демонстративностью поведения. И еще одна особенность гиперкинезов, подмеченная Н.А. Бернштейном, состоит в их «изуродованности», «обломанности» движения. Если здорового индивида попросить выполнить хватательное движение, то оно будет напоминать акт хватания, тогда как при хватательном гиперкинезе кисть руки выглядит скрюченной, изувеченной.

Проявления гиперактивности — расторможенности локального характера следует описывать детально, конкретно, а также, по возможности, указывать обстоятельства их возникновения. Сравним следующие формулировки: «зайдя в кабинет, при виде врача, стал резко дрожать; в течение осмотра отмечалось резкое усиление амплитуды, размаха тремора» или «в начале беседы спокоен, собран; в ходе осмотра постепенно появились толчкообразные движения головы вперед»; первое описание соответствует истерическому тремору, второе — гиперкинезам.

К проявлению расторможенности можно также отнести **двигательные персеверации —** повторение произведенного двигательного акта, когда больной продолжает совершать действие, в котором уже нет

необходимости. Так, у А.Р. Лурии есть наблюдение, описывающее поведение пациента, который на предложение нарисовать дом изображал формальную схему дома много раз на одном и том же месте.

Аффективная гиперактивность дополняется описанием соответствующего аффективного фона настроения. При маниакальных и гипоманиакальных состояниях используются следующие формулировки: «подвижен, суетлив, все время в движении, пристает к персоналу и больным, настроение приподнято, активно жестикулирует»; при тревожной ажитации — другие: «беспокоен, ходит туда-сюда, на месте не удерживается, нервно заламывает кисти рук, учащенно дышит».

II. Заторможенность - возбудимость

Заторможенность, так же как и возбудимость, в отличие от малоподвижности или гиперактивности, отражает в буквальном смысле быстроту ответной реакции на внешний стимул, то есть в большей мере имеет нейрофизиологическую природу2.

Внешние признаки **заторможенности** похожи на признаки, отмечающиеся при малоподвижности, но, в отличие от последней, заторможенность имеет динамичный характер, обусловленный внешней стимуляцией, — примерно так, как засыпающего человека можно растормошить, точно так же, стимулируя заторможенного, можно усилить его активность. Кстати, психиатрам, работающим в стационаре, часто приходится сталкиваться с заторможенностью пациентов, вызванной не их основным заболеванием, а действием парентерально введенных препаратов с эффектом сильной седации (нейролептики, снотворные, транквилизаторы). При описании заторможенности больше подходят формулировки такого характера, как если бы нам пришлось описывать состояние человека, засыпающего на ходу («малоактивен, слабо реагирует на окружающее, сонлив, часто закрывает глаза, поза расслабленная»).

[2] Нейрофизиологическую основу заторможенности или возбудимости можно выявить объективно, используя методику вызванных потенциалов мозга. В основе метода лежит регистрация биоэлектрических реакций мозга в ответ на сенсорные стимулы (слуховые, зрительные, когнитивные). При этом оценивается латентность — время от начала раздражения до появления ответного импульса. К примеру, при регистрации слуховых вызванных потенциалов в норме общая латентность (период, за который возбуждение достигает коркового отдела акустических структур мозга) составляет 4 мс. В случае общей заторможенности по самым разным причинам (интоксикация барбитуратами или алкоголем, органическая энцефалопатия) латентность увеличивается в несколько раз (до 10 мс и выше); при повышенной возбудимости, наоборот, сокращается (до 2 мс).

Признаки **возбудимости,** отражаемые в двигательной системе, не такие яркие, как, например, при аффективной возбудимости, но все-гаки распознаются по таким проявлениям, как резкость, порывистость, размашистость движений.

III. Напряженность - расслабленность

Напряженность связана с повышенным мышечным тонусом, часто имеющим место при блокировании или вытеснении эмоций с сильным адренергическом эффектом (гнев, ярость, злость). Такие эмоции, как гнев, страх, побуждают человека к движению, но движение не может возникнуть просто так из состояния покоя (нулевой точки), прежде него должно возникнуть мышечное напряжение. Если по каким-то причинам движение не состоялось, а это бывает из-за сдерживания самого себя, то к напряженному состоянию мышц, готовых к двигательному акту, добавляется напряжение оппозиционных мышечных структур, сдерживающих двигательный порыв. Именно поэтому напряженность — довольно распространенное явление среди многих людей, не обязательно с признаками психической патологии. Подобная напряженность нередко может быть причиной многих психосоматических нарушений (головная боль напряжения, подъем давления, различного рода спазмы и т.д.). Внешние признаки напряженности в целом создают образ человека в виде натянутой струны: при видимом спокойствии можно заметить появляющиеся на время желваки на скулах, борцовскую разминку шеи, кисти рук, зажатые в кулак, щелканье суставами пальцев.

Расслабленность в первую очередь ассоциируется с состоянием алкогольного опьянения, когда доза алкоголя такова, что вызывает снижение мышечного тонуса. Расслабленность, вызванная приемом седативных веществ, отмечается на фоне общей заторможенности и снижения уровня бодрствующего сознания. В психиатрической практике можно наблюдать состояния расслабленности без проявлений заторможенности при так называемых **адинамических состояниях,** последние либо обусловлены органической патологией центральной нервной системы, либо представляют особый вариант апатико-абулического синдрома в рамках негативной симптоматики при шизофрении. Характерным признаком при данной патологии является недостаточная способность поддерживать статический мышечный тонус, что проявляется, к примеру, в том, что пациент, сидя на стуле, постепенно сползает с него вниз, как бы стекает или расползается; все движения пациента характеризуются «кисел сообразностью».

IV. Моторная ловкость - дискордантность

А. Лоуэн, американский психотерапевт в области телесно ориентированной терапии, пишет, что ***«свобода, грация и красота — естественные атрибуты каждого живого организма».*** Свобода есть отсутствие сдерживающего внутреннего потока чувств, грация есть выражение этого потока в движении, красота — это проявление внутренней гармонии, которую вызывает данный поток. Обаяние животных связано с данными факторами, когда свободный полет птиц, или грациозные движения рыб, или точные прыжки зверей вызывают у нас восхищение. Все дикие животные по-своему грациозны, чего нельзя сказать о большинстве современных людей. Тем не менее людям присущи определенная пластика движений и моторная ловкость, которые обусловлены внутренней согласованностью нейрональных систем, отвечающих за движения, различного уровня (от спинального уровня до корковых структур). Рассогласованность взаимодействия данных нейрональных систем приводит в самых тяжелых случаях к грубым расстройствам координации (атаксия), имеющим отношение к неврологической патологии. Менее выраженные нарушения представляют собой дискордантность движений, которая может проявлять себя как в произвольной активности, так и в непроизвольной.

Дискордантность произвольных движений обнаруживает себя в нарушении точности движений, направленных на выполнение определенной двигательной задачи, с которой человек сталкивается впервые, но вместе с тем не представляет трудности исполнения для большинства людей. К примеру, испытуемому дают задание ударять по столу попеременно то кулаком, то ладонью кисти, каждый раз меняя правую и левую руку (если правый кулак, то левая ладонь, в следующем ударе — наоборот). Взрослый человек без признаков дискордантности с первого раза выполняет 10 ударов за 6—7 с, не совершая при этом ошибок. При наличии дискордантности заметно удлиняется время выполнения пробы, и пациент совершает ошибки (путается, сбивается). Дискордантность является неспецифическим признаком и может наблюдаться, к примеру, при алкогольной или травматической энцефалопатии, может отмечаться при шизофрении как проявление интрапсихической атаксии3.

[3] Термин «интрапсихическая атаксия» был предложен австрийским психиатром E. Stransky в период поиска так называемого основного расстройства при шизофрении для обозначения состояния разобщенности всех психических процессов, включая двигательную систему.

Дискордантность органического генеза характеризуется тем, что пациент сбивается, примерно так, как пианист, который разучивает новое музыкальное произведение. Дискордантность при шизофрении или при детском аутизме4 может проявлять себя в том, что пациент выполняет пробу особым, манерным способом, к примеру, кисти рук при ударе находятся не на одной линии: та, которая ударяет ладонью, -вылетает» вперед на 20 см. Другой пациент с бредовым состоянием шизофренического генеза выполнил данную пробу за 5 с, но при этом га рука, которая должна была ударять по столу ладонью, раскрывалась веером и зависала над столом на уровне 20—25 см.

Дискордантность непроизвольных движений проявляет себя в **деавтоматизации** навыка, например навыка ходьбы. Причинами деавтоматизации могут быть не только факторы органического поражения центральной нервной системы, но и психогенные факторы. За примером далеко ходить не надо: достаточно в Интернете просмотреть китайские ролики, в которых люди идут по стеклянному мосту — многие идут так, как будто они внезапно разучились ходить, даже просто стоять.

Автоматизация движений — это переход повторяющегося действия на уровень неосознаваемого контроля со стороны подкорковых структур, когда основную роль начинают играть ощущения, особенно кинестетические и проприоцептивные. Любой сбивающий фактор, то же чувство страха, приводит к тому, что основным регулятором снова становится сознательный контроль, и тогда мы наблюдаем дсавтоматизацию, когда «задумавшаяся сороконожка разучивается ходить».

При описании дискордантности общей двигательной активности используются такие формулировки, как «неловок», «неуклюж», «угловат». Если мы видим какие-то особые изменения статики и походки, желательно их детально описать (к примеру, так называемую ходульную походку, когда пациент ходит, широко расставив ноги, не сгибая их в коленном суставе; или подпрыгивающую походку, при которой человек, попеременно становясь на стопу, резко отрывает пятку и становится на носочки).

[4] Оценка результативности двигательных проб, совершаемых детьми до 6-летнего возраста, должна производиться с осторожностью, поскольку у детей имеет место недостаточная сформированность проводящих путей мозолистого гсла, обеспечивающего согласованность в работе левого и правого полушарий мозга.

V. Нарушения поведенческих реакций

Речь идет не об общей неадекватности поведения, которая может быть обусловлена другими психическими нарушениями (бред, галлюцинации, деменция), а о специфических поведенческих реакциях как самостоятельных формах психической патологии, которые со стороны выглядят неадекватными. Закономерно возникает вопрос о том, какое поведение и какие поведенческие реакции являются адекватными. Обобщенно можно сказать, что поведенческие реакции человека, которые представляются нам психологически понятными в контексте текущей ситуации, являются адекватными.

Негативизм проявляется в том, что пациент не выполняет действия, которые инициируются извне (при речевом негативизме — отказ отвечать на вопросы, задаваемыми ***другими).*** К примеру, пациент, зайдя в кабинет врача и уже собираясь сесть на стул, вдруг продолжает стоять, так как врач предложил ему сесть; врач просит его подойти ближе, и больной разворачивается к двери; когда же врач говорит, что он может уйти, больной останавливается и не выходит из кабинета. Вариантом негативизма можно считать **эхопраксию** и **эхолалию** — повторение движений (жестов, позы) и речи другого человека, обычно того, кто пытается вступить в контакт с пациентом.

Элементы негативизма, включая эхопраксию и эхолалию, которые расцениваются как инфантильные формы упрямства, можно наблюдать в поведении маленьких детей.

Импульсивность. Импульсивное действие — это немотивированное кратковременное действие, которое совершается мгновенно, без обдумывания, без борьбы мотивов, как бы при внезапной блокаде сознательного контроля; по механизму возникновения чем-то напоминает гиперкинезы, но, в отличие от последних, которые представляют моторный акт определенной группы мышц (пародия на движение), импульсивность — ***поведенческий*** акт характера ***поступка.*** При импульсивности больные нередко совершают агрессивные или аутоагрессивные поступки, мотивы которых они сами себе не в состоянии объяснить. Поскольку у каждого действия или поступка имеется определенная побуждающая сила, то остается предположить, что мотив у импульсивного действия все-таки есть, но он находится в сфере бессознательного. По мнению А. Кемпинского, автора книги «Психология шизофрении», импульсивные поступки носят характер чего-то глубинно-истинного, демонически-истинного, загадочного и ужасного: «...импульсивные поступки характеризуются неукротимостью и глубинностью: священник подпрыгивает в алтаре, другой висит

обнаженным на балконе, тот внезапно падает ниц перед вывеской мясной лавки».

Компульсивные действия имеют сходство с импульсивными действиями, но отличаются от последних тем, что:

1) являются действиями и менее всего похожи на поступки;
2) в них отчетливо проявляется их потребностно-непреодолимый характер, выражающийся в настойчивости, напористости и усилении при попытке остановить действие со стороны окружающих.

Компульсивные действия можно наблюдать в рамках обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), обычно у детей и подростков, когда у ребенка периодически возникает состояние, в котором он, к примеру, начинает наносить удары окружающим или самому себе. Компульсивные действия можно наблюдать в комплексе с патологией влечений — при наркотической или алкогольной зависимости (компульсивное влечение), при нарушениях пищевого поведения (булимия, копрофагия), при других нехимических зависимостях (игромания, интернет-зависимость), многих гипербулиях (например, клептомания), включая парафилии (например, эксгибиционизм). Компульсивные действия, наблюдаемые у детей, например при ОКР, нередко бывает трудно отдифференцировать от гиперкинезов. По характеру своего исполнения компульсивные действия в большей степени напоминают именно действие, в отличие от гиперкинезов, которые больше похожи на уродливые обрывки действия; по внешним признакам компульсивные действия вполне складны и внутренне координированы, но не включены в смысловые цели, поэтому выглядят неуместными, иногда даже машинальными.

Психиатрам, занимающимся лечением больных шизофренией, следует знать, что импульсивные поступки имеют отношение к продуктивной симптоматике (импульсивная кататония), а компульсивные — к негативной, ассоциированной с личностным дефектом (кататонический дефект), а если вдруг у пациента появляются гиперкинезы, то следует думать о нейролептическом осложнении (дистонии).

Стереотипии — устойчивое бесцельное повторение движений, расстройство, всегда связанное с регрессом психической деятельности той или иной степени выраженности. Чтобы понять природу стереотипий, приведем два примера:

1) больная, длительно болеющая шизофренией, в состоянии апатико-абулического дефекта с выраженной аутистической установкой при попытке вступить с ней в контакт начинает совершать паль-

цем руки круговые движения на столе, так, как будто она хочет просверлить в нем дырку;

2) здоровый индивид, вынужденный долго сидеть на скучном заседании, на листе бумаги начинает стереотипно рисовать кружки, квадраты, бессмысленные узоры.

В основе стереотипного поведения лежит простая потребность — потребность в движении, эффекторике (эффективном взаимодействии с окружающим миром), которая в какой-то степени сохраняется у психически больных даже после многих лет болезни. Но любой эффекторный акт начинается с аффекторной или сенсорной стимуляции, при ограничении которой по разным причинам (аутистическая установка, сенсорная депривация, деменция и пр.) появляется поведенческий суррогат (стереотипии), создающий иллюзию двигательного взаимодействия с реальностью. Стереотипии у детей с аутизмом возникают по описанному механизму: любой ребенок испытывает потребность играть, и ребенок с аутизмом тоже. Но если для здорового ребенка игра — это каждый раз новый контакт с окружающим, являющийся основой развития, и он стремится к этой новизне (новые игры, новые соучастники игры, новые игрушки), то аутичному ребенку, которого новизна пугает, остается только совершать стереотипные манипуляции с одним и тем же предметом, создающие иллюзию игры. Стереотипии нередко сочетаются с персеверациями, поэтому их нередко смешивают в единое нарушение, тогда как механизмы возникновения у них разные. В работах Н.А. Бернштейна имеется описание несложной экспериментальной диагностики их разграничения. Если пациент в ответ на задание начертить крестик заполняет крестиками весь лист бумаги и не может остановиться — это персеверация (сенсорная составляющая не нарушена, нарушена моторная составляющая двигательного акта). Если же, верно исполнив задание нарисовать крест (только один), пациент вслед за тем упорно чертит по крестику в ответ на все последующие задания изобразить круг, квадрат и т.п., — это стереотипия (в первую очередь нарушена сенсорная составляющая).

Навязчивые действия имеют сходство с перечисленными выше поведенческими нарушениями (компульсивными действиями, стереотипиями), но, в отличие от последних, сопровождаются внутренней борьбой с ними, которую можно наблюдать даже у детей. Пациент с навязчивостями, пытающийся их подавить, выглядит напряженным, несвободным, как человек, которого беспокоит сильный зуд и которому очень хочется почесаться, но он не может себе этого позволить на людях, поэтому он только и ждет, когда он останется наедине с собой и

начешется вдоволь. Навязчивые действия, с одной стороны, тягостны из-за компонента борьбы с ними, с другой — их исполнение приносит чувство облегчения, особенно тех из них, которые носят характер символических защит (ритуалы). В таком двойственном состоянии пациенту остается только как можно меньше привлекать внимание окружающих к своим действиям или использовать механизм рационализации и давать им правдоподобное объяснение (например, борьба с микробами при навязчивом мытье рук).

РЕЧЕВАЯ АКТИВНОСТЬ

Речевая активность оценивается примерно так же, как двигательная активность, но следует знать, что проявления этих двух видов активности не всегда конгруэнтны друг другу. Например, выраженное психомоторное возбуждение почти всегда сопровождается полным отсутствием речевой активности; или же маниакальная расторможенность может проявлять себя только в речевом возбуждении, оставляя интактной двигательную сферу пациента.

Расстройства речевой активности

Полное отсутствие речевой активности, если оно не связано с патологией сознания или с органической патологией речевых центров (афазии), есть **мутизм.** Мутизмом не следует считать состояния, при которых больной не в состоянии говорить из-за других болезненных причин, например из-за интенсивного вербального галлюциноза или императивного характера «голосов, запрещающих говорить», при выраженных нарушениях мышления (ментизм, или наплыв мыслей; а также шперрунг, или блокада мыслей), при некоторых формах бреда. I ели предположить, что причиной отсутствия речевой активности являются вышеупомянутые факторы, то при описании состояния пациента лучше использовать такие формулировки, как «не отвечает на вопросы, все время беседы молчит, не вступает в речевой контакт». Мутизм есть самостоятельное расстройство речи, сродни описанным выше ***негативизму*** или ***замкнутости,*** проявляющих себя в речи. Мутизм как проявление общего негативизма следует рассматривать как поведенческое нарушение, мутизм как проявление замкнутости — как временную речевую регрессию в условиях общего снижения психической активности. В этих случаях мы вправе писать, что «больной мутичен». Стойкая речевая регрессия, наблюдаемая у детей, обозначается

термином «аутизм». В случае истерического мутизма имеет место функциональная речевая регрессия при сохранности тенденции к общению путем невербальной коммуникации (жесты, пантомимика, письмо).

Низкая речевая активность, или малословие. Причины состояния, при котором пациент во время беседы скуп на слова, так же как и при отсутствии речевой активности, могут самые разнообразные (сомноленция, психотические состояния, деменция). Малословие как самостоятельная форма речевого расстройства либо представляет неполный вариант мутизма (по аналогии «детский аутизм — элективный мутизм»), либо, при наличии открытости и доступности пациента, служит проявлением речевой ***скованности*** или речевой ***заторможенности.*** Речь идет о том, что при всем своем желании пациент не в состоянии произносить достаточное число слов в единицу времени. Невольно возникает вопрос о норме, которая примерно составляет 80 слов в минуту. При малословии, обусловленном скованностью или заторможенностью, на произнесение 10 слов у пациента уходит до 10 с и более. Скованная речь воспринимается растянутой, напряженной, при заторможенности отчетливо прослеживается астенический компонент, создающий впечатление, будто каждое слово дается больному с большим трудом. Отдельным вариантом малословия является **олигофазия,** которая, с одной стороны, обусловлена обеднением речевого запаса, но, с другой стороны, служит проявлением общей психической торпидности, характерной для больных эпилепсией.

Повышенная речевая активность, или многословие, часто сопутствует описанным выше состояниям гиперактивности — расторможенности и аффективной гиперактивности, но не всем их видам. Например, синдром дефицита внимания с гиперактивностью характеризуется аутистическими тенденциями, депрессивная ажитация — речевой заторможенностью. Многословие, обусловленное расторможенностью, можно наблюдать при кататоно-гебефренном возбуждении и, конечно же, при маниакальных и даже гипоманиакальных состояниях. Основной признак многословия — это отсутствие контроля над речевой продукцией, речевая рефлекторность. Пациент не просто много говорит, он говорит без умолку, часто не по существу, а порой совсем бессмысленно, легко переключаясь с одного на другое в связи со случайным стимулом (то он бранится в адрес медперсонала, но вот он увидел за окном прилетевшую ворону и перешел к теме птиц, также ненадолго). Многословие может сопровождаться ускорением темпа речи (более 80 слов в минуту), и тогда мы вправе говорить о **речевом возбуждении.** Но здесь работают свои нейрофизиологические законы: по мере усиления возбуждения

нарастают процессы дезинтеграции речи, от простой сбивчивости до полного речевого расщепления (шизофазия); в какой-то точке перевозбуждения речь исчезает вовсе.

Речевая компульсивность характеризуется неожиданным и немотивированным произнесением, «выбросом» отдельных слов (часто непристойных) или частей слова, лишенных всякого смысла. Речевая компульсивность наблюдается при кататонных состояниях, а также в клинической картине ОКР.

Вербигерации — это словесные персеверации и стереотипии. Словесная персеверация может выглядеть так: на вопрос, где находится паспорт, больной отвечает, что «оставил дома... оставил дома... оставил дома...» и т.д. При стереотипии фраза «оставил дома» произносится один раз, но потом на все другие вопросы больной отвечает одним и тем же — «оставил дома». Впрочем, нередко у больного можно наблюдать и то и другое, поэтому и то и другое расстройство в целом обозначаются как вербигерации. В клинической картине маниакальных состояний можно наблюдать вербигерации гипердинамического типа, обусловленные избытком сил, наподобие тех, которые отмечаются у детей, носят игровой оттенок и сопровождаются чувством удовольствия. В детском возрасте они проявляются в нескончаемых повторениях — это выкрикивания одной стихотворной точки, иногда лаже с совершенно заумным текстом, которые исключительный знаток детской речи К.И. Чуковский назвал «кричалками», либо обнаруживаются в шуточных удвоениях слов (шырли-мырли, тары-бары-растабары, гоголь-моголь, тень-тень-потетень и т.п.).

Изменения материальной составляющей речи

Речь у человека имеет определенные физические признаки, в большей мере обусловленные голосовым аппаратом, тем не менее некоторые изменения материальной составляющей речи ассоциированы с психическими расстройствами.

- **Изменение силы голоса.** Полное отсутствие голоса есть ***афония,*** и, если она не связана с местными факторами воспалительного характера, наблюдается как один из вариантов диссоциативного расстройства, когда у пациента в ситуации стресса вдруг исчезает голос и он может говорить только шепотом. ***Недостаточная сила голоса*** (голос слабый, тихий, «треснутый», иссякающий в процессе речи) — часто встречаемый симптом в клинике многих психических расстройств (депрессия, астенические состояния, психоорганический синдром, сенильные и пресенильные демен-

ции, состояния оглушенности). ***Громкий голос,*** если не является конституциональным признаком, часто сопутствует изменениям в аффективной сфере (маниакально-кататонные состояния, дисфория, состояния аффекта).

- **Отклонения тембра голоса.** ***Огрубление голоса*** обычно связывают с курением табака, известно также, что с возрастом голос грубеет. Огрубление голоса более заметно у женщин и бывает обусловлено рядом факторов (курение, возраст, злоупотребление алкоголем). ***Охриплость голоса*** возникает время от времени почти у всех людей и связана с перенапряжением голосовых связок (при исключении воспалительного фактора). Речевое возбуждение при маниакальном состоянии нередко заканчивается тем, что больной уже не говорит, а хрипит. Некоторые дефектные состояния при шизофрении также сопровождаются определенными изменениями тембра голоса, который может быть «глухим», «тусклым», «монотонным (в одной интонации)», «детским», «сдавленным».
- **Нарушение артикуляции, или дизартрия, —** выраженное расстройство произношения слов вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражения нервной системы. В детской психиатрии часто приходится иметь дело с похожим расстройством, обозначаемым как ***дислалия*** — дефект звукопроизношения у лиц с нормальным слухом и сохранной иннервацией артикуляционного аппарата, который проявляется отсутствием, заменами, смешением или искажениями звуков в устной речи. Легкие проявления дислалии (картавость, легкая шепелявость) нередко встречаются у психически здоровых детей и могут быть корригированы логопедическим вмешательством. При задержке психического и, значит, речевого развития (и, конечно же, при умственной отсталости) дислалии носят более выраженный характер, делающий речь непонятной («лепетная» речь).
- **Речевая дискордантность,** по аналогии с моторной дискордантностью, может проявляться в речевой деавтоматизации в виде заикания, представляющего собой ***логоневроз*** (правда, удетей логоневроз не связан с деавтоматизацией, а обусловлен недостаточно сформированной автоматизацией речевого навыка). В клинической картине шизофрении мы можем наблюдать другие проявления речевой дискордантности, которые выглядят как речевая манерность, — форсированная речь, скандированная речь, необычные ударения, нарушения ритма, неожиданные паузы, речевые син-

копы (выпадение безударного звука, или группы звуков, или даже целого слога в слове), мямление.

- К проявлениям **навязчивостям в речи** относятся сопровождающие речь звуковые вставки — шумы-паразиты (вздохи, прищелкивание языком, сопение, откашливание) или навязчивые слова ***(«а,*** я решил, ***а,*** что мне не стоит, ***а,*** встречаться...» или ***«ну», «кстати», «так сказать»).***

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ

Человек, взаимодействуя с окружающим миром и окружающими нодьми, переживает то, что с ним происходит и им самим совершается, он определенным образом относится к тому, что его окружает. **Эмоции человека —** это отношение его к миру, к тому, что он испытывает и делает, в форме субъективного переживания. Эмоция — это психический феномен, включающий следующие компоненты:

- субъективный компонент или переживание;
- двигательно-выразительный или объективный компонент;
- физиологический (соматовегетативный) компонент.

Можно составить себе представление об эмоциональном состоянии человека на основании его собственных субъективных переживаний. I Io для того чтобы дать верную оценку его эмоциональному состоянию, необходимо ориентироваться на выразительный компонент эмоций, который лучше всего проявляет себя в мимике. Психофизиологи идут еще дальше и производят оценку изменений в эмоциональном состоянии на основании полиграфического исследования5.

Мимика — выразительные движения мышц лица, пантомимика — выразительные движения тела, отражающие или отвечающие разнообразным психическим состояниям человека. Важным элементом мимики является взор (взгляд), во многом зависящий от величины зрачка, цвета радужки, блеска роговицы, тонуса век. По утверждению Гиппократа, лицо — первый показатель состояния пациента, по которому можно судить о его состоянии здоровья.

[5] Полиграф — техническое средство, используемое при проведении инструментальных психофизиологических исследований для синхронной регистрации параметров дыхания, сердечно-сосудистой активности, электрического сопроі пиления кожи, в целом направленных на определение лживости высказываний п связи эмоций человека с физиологическими процессами, происходящими внутри организма.

Мимические проявления принято называть эмоциональной экспрессией, которая является одним из звеньев в цепи различных форм и способов общения между людьми, еще задолго до возникновения речи (биокоммуникация), и способствует развитию эмпатии. Последняя определяется как способность чувственно понимать, угадывать эмоциональное состояние другого человека. Прежде чем мы определим тактику взаимодействия с другим человеком, мы «читаем» его выражение лица. Допустим, вас сильно развеселил некий анекдот и вы спешите поделиться этим анекдотом с приятелем. Вы обращаетесь к нему, и слова застывают у вас на губах — у вашего приятеля скорбное выражение лица и потухший взгляд. Данная эмоциональная экспрессия сигналит вам, что ваш знакомый находится не в том эмоциональном состоянии, чтобы реагировать на шутки. Неспособность к эмпатии является серьезным личностным дефектом и наблюдается среди многих психических расстройств, начиная от личностной патологии и кончая слабоумием.

Из огромной эмоциональной палитры эмоций и чувств, свойственных человеку, ряд исследователей (Изард К., Бартлетт Е., Томкине С., Плутчик Р.) выделили и подробно описали так называемые фундаментальные эмоции, биологически детерминированные и принимающие участие в адаптации организма. К ним относятся ***интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина.*** По мнению Р. Плутчика, сложные чувственные состояния индивида образуются путем самых разнообразных сочетаний фундаментальных эмоций (гнев + радость = гордость; радость-приятие + страх = скромность и т.д.).

Интерес. Когда мы говорим о том, что человек испытывает интерес, прежде всего мы имеем в виду определенную стимуляцию индивида, вызывающую общую психическую активизацию. Основные эмоциональные определения, характеризующие состояние интереса, — ***внимательный, собранный, концентрированный.***

Внимательный. Как выглядит внимательный человек? Прежде всего, речь идет о внимательном взгляде, даже когда человек что-то слушает (внимательно наблюдает за окружающим, внимательно рассматривает, внимательно слушает), при этом мимические реакции остаются индифферентными. Состояние внимательности означает, что человека привлек какой-то объект из внешнего мира (зацепил внимание); это состояние также означает, что идет процесс восприятия, своего рода сканирование внешнего мира, процесс, обозначенный И.П. Павловым как рефлекс «что такое?». Быть внимательным — значит быть актив-

ным, бодрым, осознающим. Состояние внимательности, следовательно, можно отнести к критериям психического здоровья, к норме. Психиатрам в своей врачебной деятельности чаще приходится сталкиваться с обратным явлением — нарушением функции внимания, которое встречается при самых разнообразных психопатологических состояниях.

Собранный. Собранность, в отличие от внимательности, характеризуется векторностью. Внимательность предполагает поисковую активность разнопланового характера, при этом главной целью является создание картины мира. Собранность же можно представить как поиск конкретного объекта в окружающем мире (к примеру, собранность охотника) или как предстартовую готовность перед совершением конкретного действия в конкретной среде. Именно поэтому можно говорить о собранном взгляде, собранном выражении лица (подобранность), собранной позе и даже походке. Собранность, так же как внимательность, является критерием психического здоровья. И наоборот, неспособность индивида собраться свидетельствует о его психической нестабильности. Интересно, что тревога — это также готовность, это также поиск, но тревога, в отличие от собранности, лишена векторности. Можно сказать, что тревожная настороженность — это состояние активного внимания (гипербодрствование), проявляющее себя не в поисках интересного объекта, а в поисках объекта, который может быть причиной тревоги. В состоянии тревоги нет интереса к миру, зато доминирует другая эмоция — страх. Собранный человек нацелен на достижение результата в реальном мире, тревожный нацелен на бегство от реальности. Собранный взгляд всегда прямой и твердый, устойчивый, тревожный взгляд — неустойчивый (уходящий в сторону, опускающийся).

Концентрированный. Концентрированность — завершающий этап развития эмоционального состояния интереса. Если внимательный пассивно созерцает объекты внешнего мира, собранный настроен на определенный объект, то концентрированный сливается с этим объектом, причем в такой степени, что становится невнимательным, рассеянным (в жизнеописаниях великих ученых имеются анекдотичные примеры рассеянности, причиной которых являлась высокая степень концентрации на научной проблеме).

Концентрированный на внутренней проблеме человек внешне выглядит замкнутым, но не закрытым, временно малодоступным, ограниченно подвижным и малословным. Лицо может быть напряженным, особенно в области лба, где могут появляться вертикальные складки

на переносице. Взгляд не то чтобы отрешенный, скорее, он не фиксируется на предметах окружающего мира — к примеру, человек может смотреть на потолок, но при этом самого потолка не видит; можно сказать, что потолок сейчас является экраном, на котором проецируется проблема субъекта. Если состояние концентрации не является патологичным, внимание данного индивида легко привлечь, что сразу видно по изменению его позы, двигательной активности и мимики. Надо сказать, что длительно протекающее состояние концентрации в определенной степени патологично, потому что перевозбуждение определенных нейронных зон (доминанта Ухтомского), предполагающее высокую интеллектуальную активность в сочетании с низкой двигательной активностью, само по себе нефизиологично и рано или поздно создает проблемы для здоровья.

Патологическая концентрация характерна для бредовых состояний — патологичность заключается даже не в том, что больной сосредоточен на ложной идее, а в том, что он находится в состояния перевозбуждения, настолько выраженном, что теряет способность ко всем другим видам деятельности. Хороший пример бредовой концентрированности приведен М. Булгаковым в «Мастере и Маргарите», когда профессор психиатрии Стравинский предложил поэту Ивану Бездомному все его подозрения и обвинения в адрес «иностранного консультанта» изложить в письменном виде. И далее мы видим, что Иван не смог справиться с этой, казалось бы, легкой для него, для поэта, задачей: «Иван работал усердно, и перечеркивал написанное, и вставлял новые слова, и даже попытался нарисовать Понтия Пилата, а затем кота на задних лапах. Но и рисунки не помогли, и чем дальше — тем путанее и непонятнее становилось заявление поэта».

Удивление — эмоциональная реакция человека на объекты внешнего мира или ситуацию, которым присущи необычность и неожиданность. Основные эмоциональные определения, характеризующие состояние удивления, — ***удивленный, изумленный, пораженный.***

Удивленный человек имеет характерное выражение лица — широко раскрытые глаза с редким миганием, приподнятые брови, слегка раскрывшийся рот, застывшая мимика лица, отражающая недоумение, растерянность. Хотя удивление считается положительной эмоцией, но, глядя на лицо удивленного человека, например на лицо ребенка, трудно прогнозировать, чем это удивление в дальнейшем сменится — то ли радостью, то ли страхом, то ли плачем. Действительно, в норме, как у детей, так и взрослых, состояние удивления длится недолго, затем оно сменяется другим эмоциональным состоянием, чаще всего интересом.

Яркие, необычные сновидения могут на некоторое время вызвать чувство удивления. И только психиатрам приходится сталкиваться с более длительным эмоциональным проявлением удивления у больных, находящихся в психотическом состоянии. Классики психиатрии в свое время писали, что ничто так не удивляет человека, как галлюцинация. Надо думать, что удивляют не только галлюцинации, но и другие психотические симптомы, например специфические расстройства мышления (открытость, звучание мыслей и т.д.), бредовые инсайты («озарения»), импульсивные явления и пр. Именно поэтому выражение недоумения, удивления в лице пациента в течение длительного периода указывает на психотическое состояние.

Изумленный, пораженный — более интенсивные степени состояния удивления, развивающиеся в ответ на чрезвычайно необычный внешний раздражитель или чрезвычайную ситуацию. К характерному выражению лица добавляется общее двигательное оцепенение («остолбенел»). Разница между изумленностью и пораженностью заключается в плюсовом или минусовом значении эмоции — изумление в дальнейшем сменяется положительными эмоциями, например, восторгом; состояние пораженности — отрицательными эмоциями в стрессовой ситуации внезапной потери, утраты. Изумленное выражение лица в течение длительного периода характерно для онейроидных состояний с экстатическим аффективным компонентом.

Удовольствие, радость — эмоциональные состояния, которые считаются положительными и самыми приятными эмоциональными проявлениями, пережить которые стремится каждый человек. Действительно, основные эмоциональные определения, характеризующие так называемое состояние приятия (приятное, желаемое), — это ***радостный, счастливый, наслаждающийся.*** Несмотря на схожесть данных определений, каждое из них отражает разное эмоциональное состояние.

Радостный. Всем знакомо радостное выражение лица, и каждый способен распознать чувство радости в другом человеке, даже если этот другой пытается его скрыть: радость выдают светящийся живой взгляд или взгляд с блеском, оживленная бодрая мимика, часто улыбка, тем более смех. Радость — это не только приятное эмоциональное состояние, но и здоровое состояние души (не случайно люди желают друг другу здоровья и радости). Г.Н. Ланге подробно описал следующие соматические проявления радости: усиление иннервации в мышцах внешних движений, расширение мелких артерий и усиление притока крови к коже, чувство теплоты, усиление питания тканей организма. Патологической радости не бывает. Хотя психиатрам приходится иметь

дело с маниакальными пациентами, но естественной радости у этих больных не наблюдается. Можно видеть оживленную мимику, усиление двигательной и речевой активности, блеск в глазах, но всем этим проявлениям чего-то не хватает, чтобы быть признанными как радость (не хватает легкого румянца, светящегося взгляда, естественной улыбки). Можно даже довериться собственной чувственной реакции: веселый, жизнерадостный человек всегда приятен, маниакальный чаще всего вызывает чувство раздражения. И еще одна разница заключается в том, что естественная радость, в отличие от маниакального состояния, продолжается недолго: к примеру, даже так называемая триумфальная радость, несмотря на ее интенсивность, все-таки быстро заканчивается и сменяется успокоением. Маниакальное возбуждение может длиться часами и днями.

Счастливый — эмоциональное определение, характеризующее высокую степень проявления радости. Чаще всего счастье определяется как чувство и состояние полного удовлетворения, в «Философском энциклопедическом словаре» — как чувственно-эмоциональная форма идеала, обозначающая такое состояние человека, которое соответствует наибольшей внутренней удовлетворенности условиями своего бытия, полноте и осмысленности жизни, осуществлению своего человеческого назначения. Примерами счастливого состояния души могут служить так называемая триумфальная радость (радость от победы), влюбленность (радость от слияния с любимым объектом) и даже радость от спасения, в которое уже не верил. В отличие от обычной радости, в переживании счастья присутствует некоторый трансцендентный компонент, выражающий себя в том, что человек чувствует себя неким избранником, смутно ощущает вмешательство высших сил, хотя и недоступных его пониманию. И наоборот, человек может чувствовать себя несчастным, когда считает себя неудачником по жизни (несчастная неразделенная любовь, цепь жизненных проигрышей). Видимо, из-за этого компонента некоторой трансцендентности счастливый человек по-особому выглядит: немного сумасшедшим или даже глуповатым, растерянным, при взгляде на него говоришь себе, что он от счастья потерял голову.

Беспричинное чувство счастья может наблюдаться при психических расстройствах, например в случае экстатически-бредовых состояний, особенного религиозного содержания, когда человек, к примеру, считает себя приближенным к Богу. По-видимому, эти состояния имел в виду Ф.М. Достоевский, когда писал, что за подобные мгновения можно жизнь отдать. Клинически в таких случаях диагностируется экспансивный религиозный бред, окрашенный эйфорическими пере-

живаниями. На Руси таких больных нередко называли блаженными. Экстатические проявления могут наблюдаться в структуре онейроидного изменения сознания.

Стремление пережить ощущение счастья, связанного с «высшей удачей» и «избранностью», лежит в основе игровой зависимости. Именно этим объясняется повторяющееся игровое поведение, в противном случае случайно выигравший просто бы ушел с деньгами и с радостью потратил бы их на другие цели.

Наслаждающийся — так говорят о человеке, который получает удовольствие в высшей степени его выраженности. Один пациент, страдающий опийной наркоманией, так описал состояние наркотического опьянения: «чувство полного и глубокого удовлетворения». Речь идет не только о субъективно переживаемом удовольствии, но и о сопровождаемом физическом комфорте — удовольствии от приема пищи, сексуальном удовлетворении, об удовольствии, связанном с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, или о мышечном удовольствии после массажа, об общем телесном удовольствии после посещения бани и т.д. Ощущение удовольствия может также возникнуть после резкого прекращения негативной сенсации: внезапное прекращение боли, напряжения, голода, жажды и пр. также может сопровождаться чувством удовольствия с одновременным расслаблением. Как выглядит человек, получающий удовольствие? Выражение лица — довольное и одновременно безразличное из-за расслабленности мимических мышц, взгляд — отрешенно-отсутствующий, наблюдается общая психическая пассивность (малоподвижность, малословие). Такое выражение лица как бы говорит вам: «Мне пока нечего желать и не о чем тревожиться».

Закономерно возникает вопрос: существует ли эстетическое наслаждение, когда человек наслаждается музыкой или другим произведением искусства? Чтобы получить правильный ответ, надо ответить на другой вопрос: человек, который с удовольствием слушает музыку, имеет такое же выражение лица, какое мы наблюдаем у человека после секса, поглощения вкусной пищи или принятия ванны? Разумеется, нет. Определенно, эстетическое воздействие существует, но речь идет о том, что эстетическое восприятие пробуждает чувства — самые разнообразные, даже те, которые считаются негативными, например, музыка может вызвать печаль и слезы. Но человеку это нравится, нравится ***чувствовать*** вообще и тем более испытывать «высокие чувства». Скорее всего, люди в подобном состоянии используют термин «наслаждающийся», чтобы подчеркнуть, что духовные чувства для него так же важны, как телесное наслаждение.

Навязчивое стремление к получению удовольствия-наслаждения является ключевым симптомом при химических зависимостях (алкоголизм, наркомания), которое, как правило, сопровождается общей личностной регрессией, заканчивающейся личностной деградацией.

В клинической картине других проявлений личностной регрессии (дефектные состояния при шизофрении, деменции) нередко отмечается **благодушие,** которое можно определить как негативную удовлетворенность. У здорового человека механизм возникновения удовольствия или удовлетворения идет по следующей цепочке: сначала возникает желание или потребность, которые вызывают напряжение, побуждающее человека к определенной деятельности (мотив), далее реализация мотива приводит к достижению желаемого и временному аннулированию потребности, в свою очередь, сопровождающимся снятием напряжения, то есть расслаблением, которое и переживается как удовольствие. При благодушии у пациента с проявлениями апатико-абулического синдрома отсутствуют желания и снижены потребности, следовательно, и нет напряжения, что в целом и переживается как хроническая удовлетворенность, правда, слабой степени выраженности. Благодушный пациент всем доволен — миром, собой, ничто не способно вывести из состояния душевного покоя, вернее, душевного застоя. Выражение лица при благодушии выглядит не столько довольным, сколько безразличным.

Горе, печаль, страдание. Горе относится к отрицательным эмоциям человека, которые появляются в ответ на потерю, утрату чего-то дорогого, например близкого человека. Возникновение подобных чувств безо всякой причины составляет основу депрессивных переживаний. Основные эмоциональные определения, используемые для описания депрессии, — ***унылый, печальный, тоскливый, сломленный.***

Унылый. Про унылость можно сказать, что это антипод интереса. Как выглядит унылый человек? Чтобы представить лицо унылого человека, можно вспомнить выражение лиц людей, застрявших в аэропорту по причине задержки рейса. В основном все лица отражают скуку, постепенно переходящую в уныние. Уныние, которое, по сути, является уже депрессивным переживанием, в данном случае отражает состояние фрустрации. Последняя связана с тем, что человек вынужден остановиться в своем жизненном движении, в своей спонтанной активности и находиться в состоянии неопределенности. Конечно, многим такой спад настроения не нравится, поэтому каждый по-своему старается бороться со скукой: кто-то разгадывает кроссворды, кто-то принимает спиртные напитки, кто-то пытается заснуть, кто-то в очередной раз пытается выяснить причину задержки рейса и заодно высказать свое возмущение.

Унылое, скучное выражение лица часто можно встретить у пациентов наркологического профиля в состоянии неустойчивой ремиссии. При этом пациент может высказываться о настрое на трезвый образ жизни, о сохранении и поддержании своего социального статуса, но по его лицу видно, что все его благие намерения не вызывают в нем никакого эмоционального отклика в виде интереса, напротив, демонстрируют безразличие или даже уныние.

Уныние, как стабильное состояние настроения, свидетельствует о наличии депрессии, чаще всего из круга дистимических расстройств. Выражение лица такого человека можно характеризовать как унылое, безрадостное, вялое, скучное, неинтересное, которое не меняется в процессе вашего с ним общения (в отличие от пассажира задержанного рейса, у которого мгновенно меняется выражение лица, как только объявляют посадку на самолет). Взгляд унылого человека также безрадостный, погасший, как бы лишенный цепкости и остроты.

Печальный, тоскливый. Эти эмоциональные определения отражают одно и то же эмоциональное состояние тоски, но разной степени выраженности. Можно сказать, что тоска — это душевная боль, душевная рана, а печаль — это шрам в душе, зажившая рана, которая периодически ноет. Тоскливый человек сразу бросается в глаза, и этот образ настолько характерен, что его нельзя спутать ни с чем другим. Этот образ можно сравнить с образом убитых горем людей. Выражение лица — скорбное либо страдающее, отражающее сильную боль в душе. Всегда поражает взгляд — мало сказать, что он тоскливый, мрачный, в нем ощущается какая-то темная, затягивающая глубина; иногда возникает чувство, что этот взгляд действует на вас опустошающим образом. Именно поэтому невероятно трудно давать эмоциональную поддержку тоскливому пациенту, хотя он в ней очень сильно нуждается. Психиатры, нередко описывая статус пациента с тоскливой депрессией, используют термины «подавленный» и «сломленный», которые на самом деле характеризуют позу; действительно, нельзя сказать про тоскливого больного, что его выражение лица подавленное или сломленное. Мимические проявления ***грусти*** и ***печали*** менее интенсивные, чем при переживании тоски, и их выражение может проявлять себя моментами, хотя само переживание длится долго. В мимике и во внешнем облике у лиц, переживающих печаль, проявляется компонент смирения («тихая грусть», «покорность», «примиренность», «кротость»).

Страдание — изначально не столько эмоция, сколько аффект, возникающий в ответ на аверсивную (чрезмерную) стимуляцию продолжительного воздействия (голод, холод, боль, шум, жара, яркий свет и пр.).

Человек, переживающий душевную боль, неважно, в ситуации горя или в состоянии депрессии, также может страдать буквально физически, что означает, что его субъективные переживания сопровождаются физическим компонентом. Внешне такой человек выглядит измученным, почти что умирающим. Страдание, обусловленное другими факторами (физическая боль, мучительные сенестопатии, тягостные галлюцинации), может порождать другое эмоциональное состояние — гнев и ярость.

Вина. Мимика, сопровождающая переживание вины, не столь выразительна, как мимика любой другой отрицательной эмоции. Дело в том, что переживание вины включает не только эмоциональный компонент, но и в значительной мере когнитивный компонент, именно идеи виновности, греховности, раскаяния. Нередко можно наблюдать и нарочитую демонстрацию виновности, например, чтобы смягчить наказание. Существует ли чувство вины в чистом виде? Мы знаем, что тоскливая депрессия, так же как переживание горя, довольно часто сопровождаются ощущением виновности; при этом человек выглядит как любой другой, переживающий чувство тоски. Зададим вопрос по-другому: какое чувство может испытывать человек, ***знающий*** о своей виновности и ***принимающий*** эту вину (например, человек, совершивший убийство по неосторожности)? Скорее всего, это будет также чувство печали и печального сожаления. И все-таки можно найти мимический образ, который будет соответствовать понятию ***«виноватый».*** Это смиренное выражение лица, опущенный взгляд.

Гнев — эмоциональное переживание, развивающееся у человека в состоянии фрустрации или, проще говоря, в ситуации невозможности, когда человека ограничивают в свободе, создают препятствия на его пути к получению удовольствия, любых других приятных эмоций либо на его пути к достижению цели. Гнев — эмоция сильная, о чем свидетельствуют сопровождающие ее физиологические изменения (подъем артериального давления, сердцебиение, напряжение мышц, увеличение концентрации гормона стресса кортизола и др.). Усиленная физиологическая атрибутика гнева служит главной цели — разрушению объекта или причины, вызвавшей гнев.

Проявление гнева может быть разной степени выраженности и разного качества, о чем можно судить по характеру различных эмоциональных определений — ***недовольный, раздраженный, гневный, яростный, злобный.***

***Недовольный* —** эмоциональное определение, характеризующее слабую степень проявления гнева, который развивается у человека в ответ на фрустрацию. Можно представить себе лицо недовольного ребенка, которому отказали в его просьбе, например, купить игрушку или пока-

таться на карусели. Мимическое выражение недовольства сосредоточивается в области рта: губы сжимаются и слегка выпячиваются вперед, углы рта заостряются и опускаются. Именно про такое лицо говорят, что «скорчил мину». Демонстрация недовольства всегда носит адресный характер, но, в отличие от выраженного гнева, представляет только пока демонстрацию возможности развития гнева и угрозы. Поскольку целью недовольства не является разрушение или удаление фрустрирующего объекта, недовольство не сопровождается характерными для гнева физиологическими изменениями.

Хроническое выражение недовольства у взрослых отражает присутствие дисфорического аффективного тона либо свидетельствует о наличии параноидной установки личности. Человек как бы находится в состоянии стабильной фрустрации, однако в реальности такого состояния не бывает, следовательно, индивид субъективно воспринимает свое бытие среди окружающих людей как постоянно фрустрируемое. Такой человек ощущает, что все его начинания — желания, инициативы, идеи — обречены на отказ в силу враждебного отношения со стороны окружающих. Очень часто недовольное выражение лица можно наблюдать у пациентов с ипохондрическими переживаниями, которые свое хроническое переживание недовольства рассматривают как следствие какой-то соматической болезни.

Раздраженный — также слабая степень проявления гнева, которая чаще всего развивается у субъекта на раздражающую стимуляцию. Когда мы говорим о патологической раздражительности, речь идет не о сильных раздражителях, а о повышенном пороге реагирования на обычные раздражители, то есть о состоянии сенсибилизации. В качестве примера можно привести все проявления гиперестезии — светобоязнь, непереносимость громких звуков, запахов и т.п. Но чаще всего раздражительность возникает при общении с окружающими, когда раздражают «лишние вопросы», тон голоса, эмоциональное состояние собеседника. Раздраженный — это не только психический феномен, это также феномен соматоневрологический, который является характерным признаком синдрома церебральной астении различного генеза, чаще всего при травматических поражениях мозга. Мимическое выражение раздражения возникает рефлекторно именно в тот момент, когда человека что-то сильно раздражает, например, подряд задаваемые ему вопросы (можно также спровоцировать раздражение, заставляя пациента напрягаться при проведении тестовых когнитивных испытаний). При этом наблюдается непроизвольное сокращение лобных мышц в области переносицы, сощуривание глаз, человек выглядит так, будто он съел что-то кислое или у него внезапно заболела

голова. Раздраженный субъект, в отличие от недовольного, сознательно ***не демонстрирует*** вам своего раздражения, он реагирует рефлекторно, примерно так же, как обычный человек реагирует на интенсивный шум отбойного молотка или мелькающий яркий свет. Именно поэтому проявления раздраженности не только отражают эмоциональное состояние человека, но и свидетельствуют о наличии психической гиперестезии.

Гневный, яростный — наиболее яркие проявления эмоционального состояния гнева. Всем знакома специфическая мимическая экспрессия гнева, которая к тому же дополняется вегетативной окраской. Весьма характерное сокращение лобных мышц и движение бровей. Брови опущены и сведены, кожа лба стянута и образует на переносице или прямо над ней небольшое утолщение. Хотя надо помнить, что морщины на переносице (вертикальные складки) не обязательно означают, что человек сердится, такие же складки наблюдаются при концентрации внимания. Взгляд — заостренный, прищуренный, фиксирован на источнике раздражения и гнева. Губы сжимаются, превращаясь в две тонкие параллельные линии, при этом они могут слегка выпячиваться. Углы рта теряют свойственную им округлость, становятся резко очерченными. Стиснутые зубы и плотно сжатые губы являются универсальным способом выражения гнева в цивилизованном мире, хотя изначально архаический человек, также как и животные, выражал свой гнев оскаленными зубами. Современный человек может проявлять ярко выраженный архаический гнев, то есть оскаливать рот, если находится в состоянии активной борьбы, битвы.

К вегетативным проявлениям гнева относятся покраснение лица, инъекция склер, блеск глаз (сверкающий взгляд), учащенное дыхание (раздувающиеся ноздри). Гнев — эмоция, которая быстро сменяется поведенческим паттерном агрессивного характера и поэтому не может длиться долго. Целью этого поведения является устранение раздражителя, вызвавшего чувство гнева, что проявляется в агрессивном, разрушительном поведении. Современному человеку приходится часто предохранять себя от актов агрессии, при этом он использует репрессивные механизмы подавления гнева, что выражается в росте напряженности, описанном выше (напряженная, зажатая мимика, желваки на скулах, недобрый взгляд). Часто повторяющиеся вспышки гнева, возникающие в ответ на незначительные раздражители, служат основным признаком синдрома аффективной возбудимости при эмоционально неустойчивом личностном расстройстве.

Злобный — эмоциональное состояние, которое, так же как и гнев, часто сопровождается агрессивным поведением, по внешним проявле-

ниям схоже с эмоциональным состоянием гнева, но на субъективном уровне, в плане переживания, качественно отличается от переживания гнева, иначе, имеет другую феноменологию. Каковы основные отличия гнева от злобы? Причиной гнева служат провоцирующие факторы фрустрирующего или даже стрессового характера, которые психологически понятны: к примеру, в состоянии так называемого ***физиологического аффекта*** поведение индивида направлено на устранение источника гнева в форме ***борьбы*** с ним. Если источник гнева самоустраняется (смиряется, обращается в бегство и т.п.), то гнев «рассеивается» и сменяется расслабленностью. Злобное настроение отличается большей эндогенностью, поэтому переживание злобы непредсказуемо, оно может возникнуть вдруг, без видимого повода, хотя человек, переживающий злобу, пытается связать свое состояние с внешним источником, по существу совершая проекцию. Простым примером злобного состояния служит переживание зависти у героини стихотворного произведения А.С. Пушкина «Сказка о рыбаке и рыбке». Так и хочется спросить: чего же этой старухе не хватало, почему по мере удовлетворения ее прихотей, порожденных завистью, она становилась все более мрачной, злобной и агрессивной? Внешние факторы, провоцирующие злобность, чаще всего выступают в качестве триггеров, а последующее агрессивное поведение напоминает не столько борьбу, сколько насилие, которое не обязательно направлено на источник фрустрации, оно может совершаться в отношении случайной жертвы (к примеру, субъект, озлобленный известием, что его приятель купил себе дорогую машину, в злобной ярости пинает ногой оказавшуюся рядом дворовую собаку). Злобность чаще, чем гнев, носит патологический характер и может проявлять себя в так называемом ***патологическом аффекте,*** при котором отмечается несоразмерность между стрессовым стимулом и ответной агрессивной реакцией: к примеру, больной, много лет страдающий эпилепсией, с личностными изменениями гиперсоциально-ригидного характера, после того как сделал замечание двум подросткам, курящим в трамвае, а те отреагировали смешком, мигом взорвался, нанеся обоим тяжкие телесные повреждения. Болезненно возникшее злобное настроение, вообще безо всякого повода, длящееся часами и даже днями, в психиатрии обозначается как **дисфория** или липемания, в терминологии классиков психиатрии (Ломброзо Ч.).

Внешние проявления злобы такие же, как при гневе, но менее яркие в плане вегетативных проявлений, в основном злость проявляется во взгляде (злобный, звериный, недобрый, колючий взгляд).

Отвращение — эмоциональное состояние, которое в целом можно охарактеризовать как состояние неприятия и отторжения от себя объектов внешнего мира. Человек может не принимать неживые (пища, запахи, даже цвет) и живые объекты, включая животных и людей, то есть выказывать отвращение по отношению к ним.

Мимическое выражение отвращения безошибочно распознается даже на лице младенца. Помимо нахмуренных бровей и сморщенного носа, мы наблюдаем приподнятую верхнюю губу и опущенную нижнюю, в результате чего рот приобретает угловатую форму. Язык слегка высунут, как будто выталкивает попавшее в рот неприятное вещество. Примерно так выглядит малыш, отказывающийся есть манную кашу. Помимо характерных мимических проявлений, наблюдается типичная поза отстранения от неприятного объекта: индивид слегка отводит голову назад либо поворачивает лицо в сторону. С возрастом человек научается контролировать свои мимические реакции, в том числе и отвращение, при этом взрослый индивид, испытывая реальное отвращение к какому-либо объекту, вынужден маскировать свои эмоции, выдавая себя непроизвольными легкими мимическими реакциями (одним лишь движением верхней губы или едва заметным наморщиванием носа). Подобные реакции можно наблюдать у медицинских работников, которым нередко приходится иметь дело с неприятными, в прямом, физическом смысле этого слова, пациентами. И наоборот, человек может изображать отвращение по отношению к чему-то или кому-то, реально не испытывая отвращения, но демонстрируя своей мимикой свое отношение неприятия и враждебности.

Эмоциональное состояние отвращения не следует путать со схожим физиологическим состоянием, наблюдаемым при интоксикационном синдроме, а именно при эндотоксикозе, часто наблюдаемом при депрессии, при экзацербации шизофренического процесса и даже при некоторых формах невроза. Наблюдая за мимическими реакциями депрессивных пациентов, можно увидеть выражение отвращения, правда, при этом бывает трудно понять, что в большей степени вызывает отвращение — физическое состояние («не хочется есть», «тошнит», «чувство дурноты», «комок в горле») или психическое состояние («муторно на душе», «плохо», «все опротивело»).

Эмоциональное состояние отвращения можно наблюдать у пациентов с так называемой психогенной идиосинкразией, обычно пищевой, которая сравнима с токсикозом первой половины беременности, когда только один вид пищи вызывает позывы на рвоту. Некоторые стрессовые ситуации заканчиваются рвотой, которая в дальнейшем,

по механизму условно-рефлекторного закрепления, возникает даже при незначительном эмоциональном волнении, а затем формируется в стойкое диссоциативное расстройство.

Выразительную экспрессию отвращения можно наблюдать в том случае, когда индивид испытывает враждебные эмоции, своего рода трансформированные гнев и злость, но с другим поведенческим паттер ном — в виде неприятия, отталкивания от себя другого человека. Среди здоровых людей часто можно наблюдать подобные реакции, причем они не только демонстрируют их, но и сопровождают соответствующими комментариями: «он мне противен», «меня от него тошнит», «плевать я на него хотел» и т.п. Нередко подобные эмоциональные реакции сопровождают различного рода предубеждения — расовые, националистические, религиозные, в форме интолерантности, в крайнем своем варианте достигающие степени ментальной идиосинкразии, когда человек реагирует на другого, демонстрируя чувство **омерзения,** примерно так, как если бы ему предложили блюдо из тараканов.

Мимические проявления эмоции отвращения нередко можно наблюдать в структуре параноидного синдрома, именно в тех случаях, когда пациент испытывает враждебное отношение к другим людям.

Презрение — эмоциональное состояние, мимические проявления которого довольно трудно описать, но при этом все-таки эмоция презрения выражает себя иначе, чем эмоция отвращения, тем более гнева. Выражение презрения — это комплексное, пантомимическое выражение, при котором человек в буквальном смысле становится выше: он выпрямляется, слегка откидывает голову и смотрит на объект презрения как будто сверху вниз. Психиатрам, имевшим дело с пациентами с бредом величия, знаком этот образ, всем своим видом выражающий **надменность.** Мимика презрения не очень экспрессивная, наоборот, обеднена: невозмутимая, «каменная», «непроницаемая», «холодная». Те редкие мимические движения, которые могут появиться на лице, — это сжимание уголков губ или же слегка приподнятая бровь; характерна также особая презрительная усмешка.

Каждый человек способен распознать выказываемое ему презрение со стороны других людей по тем негативным чувствам, которые у него самого при этом возникают, когда он в ответ на демонстрацию презрения испытывает обиду, стыд, гнев, вину, печаль. Считается, что презрение — холодная эмоция, но ее демонстрация другому человеку вызывает у этого человека «горячие» чувства негативного характера. Как пишет К.Э. Изард, «очень трудно найти в этой эмоции что-нибудь позитивное или адаптивное. <...> Из трех эмоций, составляющих три-

аду враждебности (гнев, отвращение, презрение), презрение — самая коварная и самая холодная эмоция... приводит к деперсонализации объекта презрения, заставляет воспринимать его как нечто “недочеловеческое”... часто выступает как мотив к массовому истреблению людей». Переживаемое презрение в сочетании с отвращением лежит в основе различного рода предубеждений и предрассудков — расовых, классово-социальных, этнических, религиозных, сексуальных.

Презрительное выражение лица среди пациентов с психическими расстройствами часто свидетельствует о наличии параноидной враждебной установки.

Страх, тревога. Основные эмоциональные определения, которые используются для описания страха и тревоги, — ***испуганный, тревожный.*** Мимические проявления данного эмоционального состояния наиболее ярко выступают при переживании так называемого острого страха в приступе панического расстройства. При этом человек имеет характерное выражение лица, в первую очередь обращают на себя внимание расширенные глаза, напряженный или бегающий взгляд, мимическая палитра крайне разнообразна: это может быть и выражение ужаса, и выражение растерянности с «остолбенелостью». Кроме того, состояние страха сопровождается соматовегетативными реакциями, настолько яркими, что они сливаются в одно мощное переживание — страх смерти. В двигательном возбуждении прослеживается мотив бегства и спасения.

Термин «тревожный» используется для описания менее интенсивных форм переживания страха. Психологическая структура тревоги может быть разнородной: это может быть тревога-ожидание, тревога-сдерживание, большей частью переживаемое как волнение; отдельное место занимают фобии. Тревожное ожидание напоминает эмоциональное состояние здоровых людей в ситуации неопределенности с высокой вероятностью негативного исхода (например, у людей, чей близкий родственник находится в реанимации в тяжелом состоянии). Тревожное ожидание чаще всего можно отмечать в структуре тревожно-депрессивного синдрома, когда, наблюдая за пациентом, мы можем видеть то проявления тревоги (бегающий или напряженный взгляд, общее беспокойство), то проявления депрессии (печальный взгляд, смирение). Очень часто такая тревога сопровождается общим напряжением. Тревога-волнение напоминает так называемую предстартовую или экзаменационную тревогу у здоровых людей в ситуации неопределенности, с вероятностью перехода на новую ступень в личностном росте и развитии. У пациентов данный вид тревоги можно наблюдать после перенесенных ими стрессовых ситуаций, например при пост-

травматическом стрессовом расстройстве, или в инициальном периоде психоза, например на этапе, предшествующем развитию параноидного состояния. Неслучайно инициальный период развития бреда обозначается как **бредовое настроение —** состояние, при котором все окружающее приобретает особый смысл, у больного возникает состояние тревожного ожидания и волнения, он ждет, что с ним произойдет что-то необычное. Одна больная в таком состоянии постоянно спрашивала мужа: «Что-то происходит; скажи мне, что же происходит?», а когда тот ответил, что именно, по ее мнению, происходит, она ответила: «Откуда мне знать, но я уверена, что ***что-то происходит».*** Именно при переживании тревоги-волнения человек может временами испытывать чувство ужаса. Лицо при переживании ужаса выглядит безумным: широко открытые глаза, в которых отражается и страх, и удивление, и что-то такое, что заставляет нас говорить «безумный взгляд», мимика лица — застывшая, неподвижная. Такой вид тревоги следует рассматривать с позиции психотического уровня. Переживание тревоги-сдерживания более богато соматовегетативными проявлениями, чем переживание тревоги-ожидания. Например, пациент находится в относительно спокойном состоянии, но, рассказывая о перенесенных им переживаниях, начинает волноваться, и это сразу видно по легкой гиперемии лица, неровности, сбитое™ дыхания, речи с придыханием, наверняка в этот момент учащается пульс, усиливается сухость кожи.

При фобических страхах проявления страха можно заметить именно в ситуациях, вызывающих или провоцирующих ту или иную фобию (например, поездка в лифте человека с клаустрофобией). Вне данной ситуации человек может выглядеть вполне обычно, может быть, чуть неувереннее, беспокойнее, чем другие.

Стыд, смущение — эмоциональные состояния, которые включают не только эмоциональный, но и когнитивный компонент, связанный с низкой самооценкой, и поведенческий компонент — от легкой стеснительности, описанной выше, до состояния волевого паралича в аффекте стыда. При переживании смущения самооценка не всегда бывает низкой, но имеющееся чувство неуверенности порождает стеснительность. К. Изард в своей книге «Психология эмоций» приводит интересное наблюдение за поведением двух маленьких девочек. Одна из сестер, когда к ней подошел экспериментатор, быстро отвернула лицо, пробежала несколько шагов ближе к матери и, не глядя на экспериментатора, обхватила ее ногу и спрятала лицо в юбке. Ее сестра, игравшая с куклой в сторонке, увидев эту сцену, быстро поднялась и, решительно приблизившись к экспериментатору, сказала: «Она стесняется. Хочешь поиграть с

моей куклой?». Нет ни одной мимической реакции, которую можно было бы безоговорочно отнести к проявлению смущения или стыда. Принято считать, что при смущении человек отворачивает голову, прячет или опускает глаза, в некоторых случаях краснеет, при стыде к тому же опускает голову и как бы весь сжимается в маленький комок. Основные составляющие переживания при смущении — это переживание беззащитности и беспомощности в ситуации социального взаимодействия, при стыде к этим составляющим добавляется чувство униженности.

Стыд, в отличие от смущения, более сильное эмоциональное переживание, которое характеризуется острым чувством самоосознавания. При стыде все сознание человека заполняется им самим, причем в негативном свете — слабым, плохим, неприличным, голым (как в физическом плане, так и в душевном), как будто что-то, что он глубоко скрывал от посторонних глаз, неожиданно оказалось выставленным на всеобщее обозрение. В описаниях, приведенных Хелен Льюис, человек, переживающий стыд, ощущает себя объектом презрения и насмешки, ощущает свою беспомощность, неадекватность, неспособность осмыслить ситуацию, границы эго становятся прозрачными, что означает, что человек реально не может противостоять окружающим и легко подчиняется чужой воле. Стыд — эмоция, которая переживается так же болезненно, как и чувство тоски, поэтому подрастающий ребенок рано начинает использовать различные механизмы психологической защиты, создавая броню для эго, начиная с простого отрицания («это не я...») и заканчивая сложной рационализацией (всякого рода объяснения). Впрочем, бывают ситуации, когда броня все-таки дает брешь, например, при сексуальном насилии. Не удивительно, что жертва сексуального насилия, пережив страшные минуты жгучего стыда и не желая пережить его вновь, так и не обращается в полицию.

У некоторых пациентов, страдающих шизофренией, на этапе дебюта заболевания с проявлениями синдрома открытости (открытости мыслей, чувств, желаний) в мимических проявлениях можно наблюдать выражение лица, похожее на стыд, что внешне проявляется в растерянности, потерянности, беспомощности, опущенном взгляде и в общем стремлении уйти, спрятаться. Болезненно возникшее переживание открытости у таких пациентов связано с разрушением границ эго и отсутствием психологических механизмов защиты «я» в ситуации социального взаимодействия.

Эмоциональные реакции

Речь идет о некоторых общих формах эмоционального ответа на внешний стимул, вне зависимости от характера самой эмоции.

Эмоциональная лабильность. О ней можно сказать, что она присуща детям, у которых настроение легко меняется в зависимости от характера внешних раздражителей — позитивного или негативного. Именно поэтому трудно бывает сказать о ребенке, что он находится в ровном настроении. Но уже начиная с 6—7-летнего возраста, благодаря достаточному развитию механизмов самоконтроля, ребенок научается держать настроение, что выражается в том, что он уже старается не расстраиваться по пустякам или же, наоборот, держать обиду до победного конца. Выражаясь языком психологии, можно сказать, что в проявление эмоционального ответа вмешивается когнитивный фактор. Ослабление влияния данного фактора в силу общей психической регрессии делает индивида эмоционально лабильным, что можно часто наблюдать при нетяжелых органических поражениях мозга (например, начальная неврозоподобная стадия церебрального атеросклероза).

Эмоциональная возбудимость. Речь идет о повышенной эмоциональной возбудимости, поскольку возбудимость нервной системы вообще, в том числе и эмоциональная, — это свойство центральной нервной системы, благодаря которому индивид может моментально реагировать на внешние стимулы. При повышенной эмоциональной возбудимости отмечается чрезмерный эмоциональный ответ на не очень интенсивные стимулы, которые действуют крайне раздражающее и приводят к тому, что индивид вспыхивает, как спичка. Выражаясь языком нейрофизиологов, можно сказать, что при эмоциональной возбудимости сокращен период латентности ответной реакции. Помимо быстроты наступления ответной реакции, отмечается эффект иррадиации возбуждения, что обеспечивает излишнюю мощность эмоционального ответа. Здесь уже подходит другой метафорический образ: «охваченность огнем, возникшим из-за разлитого бензина», «загоревшийся от случайной искры». Эмоциональная возбудимость распознается также по быстроте развития и переменчивости вегетативных реакций. Симптом эмоциональной возбудимости даже в детском возрасте является признаком нарушения мозгового функционирования и нередко требует медикаментозного вмешательства.

Эмоциональная неустойчивость сравнима с описанными выше эмоциональной лабильностью и возбудимостью, но если при эмоциональной лабильности в ответ на внешний стимул, например на запрет, возникает отрицательная эмоция умеренного характера и психологически понятного содержания, которую даже ребенок в состоянии как-то пережить, выдержать, при эмоциональной возбудимости развивается чрезмерно интенсивная реакция в виде бурного и неуправляемого аффекта, кото-

рый протекает помимо воли, то при эмоциональной неустойчивости как раз больше «звучит» поведенческий компонент, с помощью которого индивид пытается избавиться от негативного эмоционального состояния. При эмоциональной лабильности, являющейся нормой для детского возраста, ребенок на фрустрирующий стимул (например, на отказ погулять на улице) реагирует обидой, раздражением, но несильно и ненадолго. При эмоциональной возбудимости на такой же стимул ребенок реагирует взрывом, при этом он может все кругом рушить, или же наносить повреждения самому себе, или даже ударить родителя, о чем потом может искренне сожалеть. При эмоциональной неустойчивости ребенок просто сбегает из дома, по возможности прихватив деньги родителей, чтобы потратить их на развлечения и таким образом избавиться от негативного эмоционального состояния. Именно поэтому психиатры при описании данного расстройства чаще используют термин «эмоционально-волевая неустойчивость». Эмоционально-волевая неустойчивость является признаком недостаточной сформированности (или даже недоразвития) фронтальных отделов мозга, ответственных за социальный контроль в ситуациях, требующих моральной ответственности.

Эмоциональная неадекватность выражается в несоответствии эмоциональных реакций той ситуации, в которой они возникают. В какой-то степени маленькие дети обнаруживают эмоциональную неадекватность: если, к примеру, смерть близкого вызывает у взрослого человека реакцию горя-печали, то ребенок при виде покойника испытывает страх или же, наоборот, неуместное любопытство. Можно сказать, что эмоциональная адекватность — это способность человека настроиться на определенный эмоциональный лад в соответствии с текущей социальной ситуацией; в случае, если не получается настроиться на заданный лад из-за собственных сильных переживаний, которые в данной ситуации неуместны, то нужно постараться скрыть свои истинные чувства (если ты пришел высказать кому-то соболезнование, то, наверное, не стоит демонстрировать свое изначально приподнятое настроение) или же вообще «уйти со сцены», как, например, люди, переживающие горе-печаль, избегают посещать праздничные мероприятия. Проявления эмоциональной неадекватности характерны для больных шизофренией и могут наблюдаться в структуре психоза как следствие охваченности болезненными аффектами вкупе с другой продуктивной симптоматикой (бред, галлюцинации). Но чаще всего эмоциональная неадекватность больных шизофренией обусловлена расщеплением и эмоциональной амбивалентностью, что лишает больного способности к эмпатии — способности эмоционально прочувствовать

и понять эмоциональный контекст конкретной социальной ситуации. Неспособность к эмпатии обычно побуждает пациента вести замкнутый образ жизни, обедненный эмоциональными реакциями; это создает впечатление, что у больного, страдающего шизофренией, нет никакой аффективной жизни. Но временами у пациента возникает желание социального общения, желание быть принятым в среде, и вот здесь и обнаруживается обескураживающий характер его эмоциональных проявлений. Е. Блейлер по этому поводу писал: ***«Получается впечатление, как будто актер хочет показать весь свой аффективный репертуар в том порядке, как Бог на душу положит».*** Параллельно с проявлениями эмоциональной неадекватности у больных шизофренией можно наблюдать, по аналогии с моторной дискордантностью, описанной выше, дискордантность мимической мускулатуры, которая обнаруживает себя в парамимиях, дисмимиях, что создает общее впечатление гримасы.

Эмоциональная притупленность (аффективная обедненность) — психическое состояние, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящей в полное равнодушие и безучастность. Ослабление эмоционального ответа вначале касается высоких чувств (моральных, эстетических), затем базовых эмоций, вплоть до полной неспособности испытать какое-либо эмоциональное состояние[6]. Мимические проявления эмоциональной притупленности описываются следующими

[6] К.Э. Изард совместно с Ф. Бартлеттом разработал методику исследования эмоционального переживания с помощью шкалы дифференциальных эмоций: испытуемый должен охарактеризовать ситуацию, в которой он бы испытывал интерес, радость, горе и т.д., используя соответствующие его переживанию эмоциональные определения из тридцати предложенных ему. Мы использовали данную методику для исследования эмоциональной сферы здоровых лиц, а также лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью и больных шизофренией на этапе формирования личностного дефекта. Здоровые лица и страдающие алкогольной и наркотической зависимостью характеризовали ту или иную эмоциональную ситуацию с помощью трех-четырех определений, в целом носивших адекватный характер. У больных шизофренией отмечались проявления неадекватности (например, в ситуации интереса использовалось определение «сломленный», в ситуации гнева или даже отвращения — «счастливый»), кроме того, некоторые бланки оставались незаполненными, при этом больные сообщали, что они не могут себе представить некоторые ситуации (например, интереса, отвращения, стыда), что означало, что они уже не в состоянии пережить соответствующие эмоции. Думается, что больные с синдромом лобной аспонтанности, скорее всего, так бы и не притронулись к заданию.

формулировками: «бедность мимических реакций», «выражение лица маловыразительное» или же «безразличное выражение лица», «пустой, немигающий взгляд». Обращает также внимание монотонность речи или же так называемая затухающая речь (после двух-трех произнесенных больным предложений он начинает говорить еле слышно, сама речь становится бормочущей).

Эмоциональную притупленность не следует путать с **аспонтанностью —** это симптом, характеризующийся отсутствием побуждений к двигательной, речевой, психической и другим видам деятельности, обусловленный травматическими, опухолевыми или сосудистыми поражениями лобных долей мозга, хотя по внешним проявлениям эмоциональная тупость и спонтанность очень часть неразличимы.

Слабодушие — это, можно сказать, болезненная сентиментальность в виде «недержания» некоторых эмоций. Многие люди способны умиляться, увидев на улице одинокого котенка или щенка, но только пациент с проявлениями слабодушия способен расплакаться от умиления, что вовсе не означает, что в данный момент он испытывает сильное переживание сострадания. Даже ребенок в данной ситуации переживает намного сильнее, что часто побуждает его к соответствующему поведению: взять котенка домой или же просто накормить его. Слабодушие — это своего рода эмоциональная немощность, потому и является одним из признаков деменций позднего возраста.

Глава 2

ОПРОС ИЛИ БЕСЕДА

Один из основоположников лингвистики В. Гумбольдт полагал, что в самой структуре языка воплощено определенное воззрение на мир, он же развил учение о «внутренней форме языка» как выражения индивидуального миросозерцания. В психиатрии, как ни в какой другой медицинской специальности, опрос пациента или беседа с ним является важной составляющей диагностического процесса. Опрос или беседа должны носить прицельный характер, чтобы пациент чувствовал, что врача интересует только его болезненное состояние. Врач любой специальности никогда не должен забывать о том, что большинству людей вовсе не нравятся всякого рода осмотры, осуществляемые неизвестными ему людьми, и что всякого рода обнажение перед ними (как телесное, так и душевное) сопровождается некоторым чувством обезличенности, и только желание быть здоровым и уж тем более стремление избавиться от страдания заставляют его смириться с этим психологическим дискомфортом. Именно поэтому система медицинского менеджмента регламентирована не только по диагностическим и терапевтическим параметрам, но также и по параметрам деонтологического характера, с учетом особенностей каждой медицинской специальности. К примеру, только в психиатрии регламентирован принцип презумпции психического здоровья.

Опрос пациента или беседа с ним должны происходить в определенном диагностическом поле, также по деонтологическим соображениям. Если при проведении хирургического вмешательства все тело пациента закрывают медицинскими простынями, оставляя открытым необходимый участок тела, исходя из принципа стерильности, то во время родов или же при проведении ректального исследования свободные участки тела пациента также закрываются пеленками и простынями, но уже из-за другого принципа — этического или деонтологического. В психиатрии, поскольку беседа с пациентом является инструментом диагностики, каждый задаваемый врачом вопрос должен иметь определенную цель. Опытный врач, начав беседу, которая начинается формальными вопросами (Ф.И.О., возраст, трудовая занятость и т.п.), за короткий

период наблюдения уже сформировал некоторое предварительное диагностическое мнение, и следующие наводящие вопросы имеют целью подтвердить или опровергнуть его[7].

ФОРМЫ ОБЩЕНИЯ ИЛИ ХАРАКТЕР РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

Различают три формы общения между пациентом и врачом:

1) формальное;
2) диалоговое;
3) дискурсивное.

ФОРМАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Формальное общение между пациентом и психиатром нередко рассматривается практикующими психиатрами как проявление негативизма и избегания вербального контакта. Это не всегда так. Как общается, например, человек, который или чрезвычайно устал, или сильно озабочен своими проблемами, или просто чем-то сильно опечален и которому некто навязывает свое общение? Он выдает короткие, лаконичные, формальные суждения («да», «нет», «не знаю», «хорошо», «ладно», «ага» и т.п.). Об отсутствии коммуникабельности мы говорим не тогда, когда у пациента нет мотивации к общению, а именно в тех случаях, когда пациент обнаруживает негативную мотивацию, то есть, буквально говоря, мотивирован на то, чтобы не иметь с другим человеком «ничего общего». Подобный стиль формального общения на фоне общего негативизма нередко можно наблюдать в психотических состояниях, чаще всего при параноидных психозах. В беседе такой пациент ведет себя примерно так же, как человек, совершивший преступление и допрашиваемый в кабинете следователя.

Возникает вопрос: может ли формальное общение с пациентом способствовать уточнению диагноза? В некоторых случаях это

[7] При проведении супервизии обучающихся в ординатуре по психиатрии можно заметить, что начинающие врачи, проводя опрос больного, задают много лишних вопросов, не имеющих никакой диагностической цели. Когда потом такого врача спрашивают, с какой целью он задавал пациенту такие-то и такие-то вопросы, он нередко отвечает: «Чтобы поддержать разговор». Вопрос в том, нужна ли пациенту такая поддержка, которая, возможно, состоит в обратном: как можно меньше обращаться с вопросами к пациенту, находящемуся в болезненном состоянии.

возможно, если пациент не обнаруживает негативизма. Например, наблюдая за пациентом при первичном осмотре, врач может предположить наличие у него вербального галлюциноза: пациент замкнут, отрешен, внимание рассеянное, малоактивен, поза малоподвижная, слегка напряженная, выражение лица меняющееся, то растерянно-удивленное, то выражающее страх, общается формально («да», «нет»), многие вопросы оставляет без ответа. В данном случае можно просто спросить пациента, слышит ли он голоса. Довольно часто больные подтверждают их наличие коротким «да» или даже кивком головы. И далее врач может задавать вопросы именно в этом поле, стараясь строить вопросы так, чтобы на них можно было ответить утвердительно или отрицательно. Можно выяснить характер голосов (комментирующий, запрещающий, императивный), их интенсивность или болезненность в плане их влияния на общее состояние индивида, примерно следующими вопросами: «слышите ли вы голоса сейчас?», «они мешают вам говорить?», «бывает ли, что из-за голосов вы не можете уснуть?», «когда вы слышите голоса, вы можете что-то делать (по работе, по дому, для детей школьного возраста — выполнять уроки)?», «вы хотите, чтобы голосов не было?». На вопросы, на которые ответная реакция предполагает некоторую концентрацию внимания со стороны пациента или усложнение ответа («как долго вы слышите голоса?», «как влияют голоса на ваше настроение?»), пациент при формальном общении, скорее всего, не ответит.

ДИАЛОГОВОЕ ОБЩЕНИЕ

В устной диалогической речи исходным начальным этапом или стимулом к речи является вопрос одного собеседника (врача), из него исходит ответ второго собеседника (пациента). Основными разновидностями диалогической речи являются бытовой разговор, деловая беседа, переговоры, из которых ***деловая беседа*** применительна к общению между врачом и пациентом.

В диалоге представлены все разновидности повествовательных, побудительных, вопросительных предложений, широко используются частицы, велика роль интонации, в диалоге языковые средства усиливаются жестами и мимикой. Если пациент способен к диалоговому общению, это означает что он достаточно коммуникабелен и, возможно, готов к терапевтическому альянсу. При диалоговом общении врач может со слов пациента собрать анамнестические данные, при этом он должен постоянно помнить, что ему нужны только те

данные из истории жизни пациента, которые помогут в диагностике заболевания, в противном случае пациенту может показаться, что врач пытается «вывернуть его жизнь наизнанку», и прекратит общение (примерно так же, когда человек вдруг прекращает интервью, если журналист оказался излишне дотошным, сменил тему или стал бесцеремонным).

В беседе психиатр прежде всего интересуется наличием имевших место в анамнезе патогенетических факторов, способствующих возникновению психического расстройства: факторов наследственной отягощенности, экзогенно-органических факторов (травматические, интоксикационные, инфекционные повреждения мозга), эндогенно-органических факторов (церебральный атеросклероз, нейродегенерации) и психогенных факторов (стрессовые ситуации и ситуации горяпотери).

Необходимо также знать, что диалоговая форма общения — это энергозатратная форма психической активности, поэтому нередко можно наблюдать такую ситуацию: пациент начинает общаться в форме диалога, затем переходит к формальному общению или вообще отказывается беседовать, ссылаясь на то, что он устал. В этих случаях нужно предоставить больному возможность отдыха и не настаивать на продолжении опроса.

ДИСКУРСИВНОЕ ОБЩЕНИЕ

Дискурс в переводе с французского означает «рассуждение», «довод», сам термин произошел от лат. ***discursus,*** что значит «круговорот, движение». Общепринятое значение слова — речь, выступление, рассуждение, которые ассоциируются с различными, разнонаправленными мыслями, идеями, разнообразными взглядами разных людей на одну и туже проблему. Практически любой информационный посыл: бытовой ли, из области политики, идеологии, культуры, науки, военного дела — это один из видов дискурса. Основная задача дискурса — трансформировать макросоциальные феномены, такие как наука, идеология, культура, практически до каждого человека, на микросоциальный уровень, путем дозированного информационного воздействия. Различают два типа дискурса — ***институциональный*** и ***персональный.*** Первый тип отличен своими статусно-ролевыми отношениями. Вербальная коммуникация в нем происходит по разнообразным направлениям специализации, которые существуют в обществе, например в административном, военном, деловом, дипломатическом, массово-информационном,

медицинском, научном, педагогическом, рекламном, религиозном, спортивном, сценическом, юридическом, политическом. Участниками институционального дискурса являются специалисты в данной области и широкая публика — телезрители. Его исходным условием является равенство участников, ведь всем им в одинаковой степени предстоит в процессе коммуникации установить истину. Примером институционального дискурса в психиатрии может служить общение участников психотерапевтической группы, в которой каждый может на равных правах высказывать свое мнение по обсуждаемой теме.

Персональный дискурс предполагает беседу со слушателями при обращении к ним от себя лично. Этот вид коммуникации ставит во главу угла частный интерес рассказчика, когда один человек презентует слушателям свое видение проблемы, свои взгляды на действительность. Примером персонального дискурса является лекция, различного рода публичные выступления, у которых есть общая черта: данный тип дискурса предполагает активную роль слушателя, которому дается право задавать вопросы, но не высказывать свою точку зрения. Среди многообразных проявлений шизофрении иногда можно встретить такой симптом, как **монологовая речь,** которая отчасти напоминает персональный дискурс, лишенный какого-либо информационного посыла и представляющий собой бесплодное рассуждательство, или **резонерство.**

Хотя способность пациента к дискурсу (институциональному) говорит в пользу положительной динамики состояния, общение между врачом и пациентом не должно иметь характер дискурса (наподобие общения между телеведущим В. Познером и приглашенным участником), поскольку дискурс — это прежде всего презентация мнений, компетентности, наконец, результатов исследования, но в самом дискурсе нет элемента исследования, в отличие от диалога, а главной задачей в общении «врач — пациент» является как раз исследование состояния пациента.

ЗАПРОСЫ ПАЦИЕНТА

В процессе общения мы в состоянии распознать **запросы больного,** идентификация которых будет способствовать усилению взаимопонимания между пациентом и врачом. Запрос больного не равнозначен его жалобам; хотя источником запроса являются жалобы, однако между ними нет прямой и однозначной связи. Например, человек может

пожаловаться вам на головную боль и при этом отказаться принять предложенную вами таблетку. Почему? И почему, когда этот же человек приходит в аптеку за лекарством от головной боли, он там никому не расписывает свои жалобы? В аптеке человек осуществляет деловую процедуру — покупает лекарства (товар), а обращаясь к вам, он осуществляет запрос, например, на эмоциональное сочувствие, примерно так же, как это делают сплошь и рядом маленькие дети, ища сочувствия у матери.

Врач любой специальности на личном опыте знает, как часто пациенты имеют подобного рода запросы, и подобное поведение пациентов психологически понятно. Проблема заключается в другом: когда пациент использует симптомы имеющегося у него заболевания для реализации определенных запросов, что в своем крайнем выражении обозначается как шантажное поведение.

Чем отличаются конкретные жалобы от запросов? В целом, хотя данное деление носит условный характер, жалобы отражают **потребности нужды,** а запросы **— потребности желания. В** первом случае человек ***нуждается*** в чем-либо настолько, что фрустрация данной потребности делает его нездоровым в широком понимании этого слова — не способным к активной жизнедеятельности (например, в состоянии голода). Во втором случае человек что-либо ***желает,*** и фрустрация данного желания сопровождается неким психическим дискомфортом (например, состояние булимии). В английском языке состояние потребности обозначается как I need («я нуждаюсь, мне необходимо»), а состояние желания — как I want («я хочу, желаю»).

Потребности нужды — это в большей степени биологические потребности, возникающие при нарушении функционирования различных органов и систем. Можно сказать, что потребности нужды отражают функционирование инстинкта самосохранения, активированного в условиях патологии. В медицинской практике можно наблюдать потребности нужды, которые условно делят на следующие.

- Потребность выживания, например, при всех жизнеопасных состояниях.
- Потребность избавления от боли и страдания. В психиатрии классическим примером является потребность депрессивного больного в избавлении от душевной боли и чувства тоски.
- Лекарственная зависимость, предполагающая, что прекращение приема какого-либо лекарственного вещества может привести к развитию жизнеопасных состояний. Примером может служить инсулинозависимость, зависимость больного, страдающего эпи-

лепсией от противосудорожных веществ, абстинентный синдром в клинике алкогольной и наркотической зависимости.

- Потребность выделения, представленная в широком ряде самых разнообразных клинических состояний. Это и потребность в родоразрешении, и потребность выделения при запорах, задержке мочи, общая потребность выделения токсических агентов при инфекционных заболеваниях, отравлениях организма, эндотоксикозах.
- Потребность в отдыхе, которая четко представлена при инсомнии и астеническом синдроме, особенно при синдроме хронической усталости.
- Потребность в хорошем качестве жизни, которая не так давно считалась потребностью желания и даже социальным запросом. Речь идет о больных, которые страдают хроническими заболеваниями, приведшими к стойкой инвалидизации, но которые, несмотря на тяжесть основного заболевания, имеют потребность в хорошем качестве жизни, что подразумевает прежде всего удовлетворительный характер социально-психологического проживания.

Потребности желания, или запросы. Как уже было отмечено, многим врачам, не только психиатрам, в своей практике часто приходится встречаться с запросами желания. Обратимся к простому примеру. Представьте себе пациента с каким-нибудь хроническим заболеванием, который получает по льготному рецепту некий препарат и чувствует себя относительно стабильно. Но вот этот пациент узнает от кого-то или из рекламы, что есть аналог данного препарата, более дорогой, но не предусмотренный льготным отпуском, и вот тут-то наш пациент, несмотря на то что в его состоянии нет ухудшения, начинает ходить по инстанциям, жаловаться и требовать льготного назначения именно этого препарата. С каким запросом мы сталкиваемся в подобном случае? С типичным запросом желания на обладание объектом, который можно выразить простой детской фразой: «Я тоже это хочу!».

Понятно, что трудно осветить все запросы-желания, которые можно встретить в общемедицинской практике. Однако можно перечислить наиболее распространенные запросы желания, с которыми приходится сталкиваться врачу-психиатру.

Запрос на присоединение и поддержку, связанный с чувством беспомощности в состоянии болезни. Данный вид запроса нормативен для детей и подростков, но только по отношению к матери (замечено, что дети и подростки никогда не обращаются к медицинским работникам с подобными запросами). Несомненно, каждый заболевший человек

нуждается не только в профессиональной помощи, но и дополнительно в эмоциональной поддержке со стороны врача. Деонтологические нормы в какой-то степени требуют от медицинских работников оказания и этого вида «медицинской помощи», хотя здесь речь идет не о профессиональных способностях, а о моральных качествах врача, необходимых в его профессии, которая отнесена к разряду помогающих. По замечанию В.М. Бехтерева, «если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач». Проблема возникает тогда, когда больной обнаруживает ***только этот*** запрос на эмоциональную поддержку, и, если врачу приходится часто оказывать именно такой род «медицинской помощи», это будет дополнительным фактором риска для развития у него так называемого синдрома эмоционального выгорания. Можно заметить, что в высказываниях больного при предъявлении подобного запроса практически отсутствуют жалобы, связанные с реальными болезненными ощущениями; больной может только в начале беседы высказать жалобы, реально относящиеся к его анамнестическому прошлому, но сейчас эти жалобы выполняют другую функцию — функцию некоего кода или ключевой фразы, направленных на эмоциональное взаимодействие с врачом. Что делать врачу в подобных ситуациях? Ведь в какой-то мере он обязан оказывать больному и моральную поддержку. Ответ один: настойчиво возвращать пациента к его жалобам на сегодняшний момент: «что у вас ***сегодня*** болит?», «что вас ***сегодня*** беспокоит?», «от чего вы страдаете в ***настоящее*** время?».

Катарсический запрос. Греческое выражение «катарсис аффектов» имеет двоякий смысл и может обозначать:

1) очищение аффектов от какой-либо скверны;

2) очищение души от аффектов, освобождение (временное) от них.

В современной психологии, и особенно в психотерапии, катарсис понимают как процесс высвобождения психической энергии, эмоциональной разрядки, способствующей уменьшению или снятию тревоги, конфликта, фрустрации посредством их вербализации, ведущий к лечебному эффекту и лучшему пониманию себя. У многих людей, даже не страдающих какими-либо психическими расстройствами, время от времени появляется желание выговориться, выплакаться и, к сожалению, что бывает не так уж редко, избавиться от накопившегося раздражения, разрядиться, сорвать зло на чем-то другом. Идея катарсиса стара как мир, ее можно найти в обрядах древних народов (например, в иудаизме это обряд символического возложения грехов на жертвенное животное — на козла отпущения, или Азазель, которого потом изгоняли в пустыню). Идея катарсиса до сих пор составляет

суть исповеди и отпущения грехов, широко практикуется в психотерапевтических практиках. Катарсис сродни одной из потребностей нужды — ***потребности выделения,*** но только выделения ментального, требующего участия другого человека (соучастия) в качестве принимающей стороны. Удовлетворение катарсических запросов рядовым психиатром, работающим в учреждении бюджетного типа, должно носить индивидуальный и «дозированный» характер по принципу «не всем и не всегда». Например, не стоит потакать аффективным выплескам истероформного характера, а также вербальным агрессивным разрядкам, которые могут достигать степени морального насилия, что как раз и является поводом для госпитализации.

Запрос на компенсацию. У многих серьезно заболевших людей, так же как у тех, кто испытал горе-потерю, часто возникает чувство обиды, ощущение какой-то жизненной несправедливости, подкрепляемые мыслями типа «почему это случилось именно со мной», «почему все остальные здоровы, а именно я болен» с последующим зарождением желания о «возмещении ущерба» со стороны общества. Собственно, государственные структуры этим и занимаются, обеспечивая нетрудоспособных пациентов социальной пенсией, льготами, прочими выплатами. Конфликт интересов возникает в тех случаях, когда врач заинтересован в дальнейшем лечении больного путем изменения тактики терапии, апробирования других средств и надеется на восстановление трудоспособности, а пациент или его родственники, не желающие с ним возиться, сразу настроены на получение группы инвалидности.

Бывают более сложные варианты запроса на компенсацию, когда пациента привлекает не только материальная сторона проблемы, но и сам статус заболевшего, как, например, при ипохондрии. Французский философ М. Фуко, немало интересовавшийся вопросами здоровья, болезни, смерти и медицины, писал, что «болезнь — это утрата власти», и данная формулировка отчасти правомерна, по крайней мере, в тех случаях, когда у пациента ипохондрическая симптоматика появляется после проигрышных жизненных ситуаций (снятие с руководящей должности, понижение по карьерной лестнице, банкротство и т.п.).

Магические запросы представляют настоящий бич для медицинской науки и всего медицинского сообщества. Магические запросы отмечаются не только у заболевших, но и у ближайших родственников, желающих исцеления близкого человека. Медицина не всесильна, и при многих болезнях человека, носящих хронический или рецидивирующий характер, невозможно полное исцеление. Но многие люди отказываются принять данную реальность. На что же они надеются? В лучшем

случае на силы природы, о чем еще говорил Гиппократ: «Лечит болезни врач, но излечивает природа». И конечно же, не стоит лишать больного этой надежды, даже если он полностью безнадежен. О магическом запросе, предъявляемом врачу, мы говорим тогда, когда заболевший или его родные ведут себя подобно героям сказок о мертвой и живой воде или сказок о молодильном яблоке, дающих вечную молодость, трансформировавшихся в современные мифы, порождаемые массмедийной медицинской индустрией по пропаганде чудодейственных препаратов, «принципиально новых, революционных» методов лечения и т.п., гарантирующих полное исцеление. Характерной особенностью этих современных мифов является то, что в них происходит постоянная апелляция к якобы научным достижениям, способным творить чудеса. Так, А.В. Юревич, размышляя о господстве псевдонауки в современном российском обществе, замечает, что кредо паранауки заключается в идее «возможно абсолютно все»: «В этом состоит одна из причин ее привлекательности для безграмотного, но натасканного рекламой и интернетом обывателя. Причудливое сочетание новомодных и непонятных слов дает эффект научности и истинности тех методов, которые предлагается использовать». Эффективный способ борьбы с данными мифами — просветительская работа среди населения.

Раздел II

СИНДРОМАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Глава 3

ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (СХЕМА)

Психопатологическое исследование пациента заканчивается описанием **психического статуса,** при изложении которого стоит придерживаться следующей схемы.

- Ориентировка — в месте, времени, окружающем. Полнота ориентировки является показателем ясности бодрствующего сознания, но не всегда. Например, в случае амнестического синдрома, особенно при фиксационной амнезии (корсаковский синдром), у пациента при сохранности бодрствующего сознания отмечается нарушение ориентировки. И наоборот, при некоторых острых психотических состояниях (острый чувственный бред, онириизмы, ориентированный онейроид, ориентированный сумеречный психоз) отмечается сохранность ориентировки при снижении уровня бодрствующего сознания. Именно поэтому при описании психического статуса лучше пользоваться формулировками, касающимися ориентированности пациента, поскольку в отношении лиц с психической патологией мы обычно обнаруживаем неуверенность при определении степени ясности его сознания (например, можно ли с уверенностью сказать о пациенте, который слышит голоса, что у него ясное сознание).
- Характер речевой коммуникации в различных ее проявлениях — от полного отсутствия речевого контакта до диалогового общения.
- Наличие или отсутствие расстройств ощущений и восприятия. Наиболее распространенные расстройства ощущений — это психическая гиперестезия (болезненная реакция на внешние раздражители) и сенестопатии (мучительные, трудноописуемые ощущения в теле, не связанные с внешними раздражителями). Наиболее распространенные расстройства восприятия — это галлюцинации, как истинные, с проекцией во внешнем мире, так и ложные, или псевдогаллюцинации, с проекцией в пределах тела. Другое расстройство восприятия, иллюзии или ошибочное узнавание, надо полагать, встречаются довольно часто, в том числе и среди здоровых людей при определенных условиях, но, как правило,

не побуждают людей обращаться за медицинской помощью. Следующие расстройства восприятия — это психосенсорные расстройства, или нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения окружающих предметов в пространстве (метаморфопсии) или размеров, формы собственного тела (расстройства схемы тела), которые не так часто можно наблюдать в клинике психических расстройств. Метаморфопсии чаще можно встретить у пациентов наркологического профиля, находящихся в состоянии интоксикации некоторыми психоактивными веществами с выраженным психогенным эффектом (спайсы, пировалерон).

- Наличие или отсутствие бредовых, или сверхценных идей, навязчивых явлений, которые выявляются в процессе диалогового общения.
- Состояние аффективной сферы. Фон настроения описывается как ровный, если мы не видим признаков депрессивного, тревожного, маниакального (гипоманиакального), дисфорического, апатического состояния, а также не наблюдаем патологических эмоциональных реакций (эмоциональная лабильность, возбудимость, неустойчивость, неадекватность, слабодушие).
- Активность (двигательная и речевая) и психомоторика. Описываются только имеющиеся у пациента нарушения активности и психомоторики, в случае их отсутствия используются примерно следующие формулировки: «поза естественная», «в движениях достаточно свободен», «двигательные реакции достаточно живые», «в поведении упорядочен», «держится соответственно ситуации».
- Когнитивные функции. Речь идет о процессах внимания, памяти и о способности к абстрагированному мышлению. Полное исследование интеллектуальной сферы проводится психологом с последующим определением IQ. Однако психиатру нередко приходится в целях оперативности предварительной диагностики примерно, навскидку оценивать состояние когнитивных функций. Для оперативной оценки способности внимания можно использовать счет в уме по Крепелину (от 100 отнимать по 7), при этом оценивается скорость выполнения пробы, наличие ошибок и способность пациента эти ошибки замечать и корригировать. Для оперативной оценки памяти можно использовать тест на запоминание 10 коротких слов (в норме после первой попытки запоминаются семь слов, все 10 слов запоминаются после третьей попытки). Для определения семантической памяти, а также про-

дуктивности мышления и речевой беглости можно использовать тест на вербальную беглость, в котором испытуемого просят за 2 мин назвать как можно больше слов, например, на букву «т», или как можно больше животных и т.д. В норме здоровый индивид за 2 мин называет не менее 15 слов на букву «т». При отсутствии значимой патологии в психическом статусе можно отметить, что когнитивные функции формально сохранены.

В конце описания психического статуса выставляется синдромальный диагноз, который представляет собой совокупность психопатологических симптомов, складывающихся в единый комплекс, в котором стержневым симптомом является какой-либо психопатологический феномен. К примеру, галлюцинаторный синдром, помимо обязательного наличия галлюцинаций, часто включает тревожный аффект, психомоторные нарушения. Любое учебное пособие по психиатрии приводит описания различных психопатологических синдромов, которые традиционно излагаются в феноменологическом контексте.

Глава 4

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Современная классификация психопатологических синдромов в значительной мере перекликается с систематикой А. Г. Иванова-Смоленского (табл. 4.1), который, разрабатывая классификацию основных психопатологических синдромов, исходил из принципа эволюционной мозговой морфологии. По его мнению, все синдромы составляют пять ступеней, а структура синдрома определяется типом группы.

1. ***я ступень.*** Судорожные состояния, при которых патологическое возбуждение или торможение охватывает все отделы головного мозга.
2. ***я ступень.*** Фазовые состояния, промежуточные между сном и бодрствованием: онейроидные, сумеречные, делириозные и другие родственные им состояния.
3. ***я ступень.*** Фазовые состояния, затрагивающие не только кору, но и подкорково-стволовые отделы. Сюда относятся кататонические синдромы.
4. ***я ступень.*** Патодинамические структуры, носящие характер очагов патологически инертного застойного возбуждения (доминанта), переходящие в фазовые состояния типа ультрапарадоксальных фаз запредельно-охранительного торможения, продуцирующие бред и галлюцинации.
5. ***я ступень.*** Выход из строя молодых кортикальных структур, что соответствует невротическим, астеническим синдромам.

Самое легкое расстройство — **астенический синдром,** основным признаком которого является психическая и физическая слабость функционального характера; проявления астенического синдрома распознаются по снижению двигательной и речевой активности.

Невротические, а также **неврозоподобные синдромы** включают дополнительно к проявлениям астении симптомы раздражения (гиперестезия), симптомы эмоциональной лабильности, а также широкий круг разнообразных соматовегетативных нарушений.

Таблица 4.1

Классификация психопатологических синдромов по А.Г. Иванову-Смоленскому и по А.В. Снежневскому

Синдромы (по А.Г. Иванову-Смоленскому)	Ступень	Синдромы (по А.В. Снежневскому)	№
Невротические, астенические	5	Невротические	I
		Аффективные	II
		Ипохондрические	III
		Психопатические состояния	IV
Бредовые, галлюцинаторные	4	Галлюцинаторно-бредовые	V
Кататонические	3	Кататонические	VI
Помрачение сознания	2	Помрачение сознание	VII
Судорожные	1	Припадки	VIII
		Психоорганический, амнестический синдром	IX
		Слабоумие	X

Близко к неврозоподобным примыкают **диссоциативные расстройства,** которые при всем многообразии клинических проявлений имеют общее свойство — ***расторможенность*** подкорковых структур мозга и появление автономных психических феноменов (сенсорных, двигательных и пр.), не поддающихся контролю сознания.

Аффективные синдромы распознаются по субъективным переживаниям и соответствующим высказываниям пациента, но главным образом по психомоторным проявлениям, включая мимические реакции, поскольку бывает и такое: пациент жалуется на страх и тревогу, но сидит в доминирующей позе, весь напряжен и постоянно «ломает» пальцы рук или сжимает кулаки. Клиническая классификация аффективных синдромов включает:

1) маниакальные (гипоманиакальные) и примыкающие к ним эйфорические состояния;
2) тревожные состояния;
3) депрессивные состояния;
4) дисфорические состояния;
5) апатические состояния.

Нередко можно видеть сочетание тревоги и депрессии, в этом случае выставляется тревожно-депрессивный синдром, но не наоборот, поскольку тревога может эволюционировать в депрессию, а депрессия в тревогу — нет (то есть формулировка «депрессивно-тревожный синдром» вносит диагностическую неясность). Наблюдаемая периодами

тревога у больных, перенесших депрессию и находящихся в ремиссии, психологически объяснима тем, что пациенты, с одной стороны, боятся повторения «кошмара», с другой — боятся привыкнуть к постоянному приему антидепрессантов.

Очень часто депрессии протекают атипично, причем настолько выраженно, что требуют более внимательного сосредоточения на вопросах терапии. Часто наблюдаемые атипичные варианты депрессии — это депрессия с деперсонализацией, ипохондрическая депрессия, апатическая (адинамическая) депрессия, дисфорическая депрессия, а также ангедоническая депрессия или дистимия, занимающая промежуточное место между затянувшимся неврозом (неврастения) и аффективной патологией, принявшими хронический характер.

О наличии у пациента патологических **эмоциональных реакций** мы можем судить только на основании наблюдаемых объективных признаков, которые следует точно описывать. Если, к примеру, мы описываем возбудимость, мы должны привести демонстративное описание того, в какой ситуации и как пациент проявил возбудимость: «...на вопросы, касающиеся... (госпитализации, отношений, конфликтной ситуации и т.д.), реагирует сильным напряжением, на лице появляются желваки, стискивает зубы, учащается дыхание, появляется гиперемия лица». При описании слабодушия должна быть подчеркнута малозначимость ситуации, на которую пациент реагирует слезами: «при упоминании о детях, о доме, о пенсии... на глазах появляются слезы».

Ипохондрические синдромы выявляются в процессе диалогового общения, в котором пациент занимает ведущее положение, настойчиво предъявляя запрос на выздоровление, нередко из разряда магических запросов, наиболее ярко выраженных при так называемой ипохондрии здоровья с ярко выраженными нарциссическими тенденциями. Клинические проявления ипохондрии могут быть крайне вариабельными, в зависимости от варианта ипохондрии — невротической (небредовой), в структуре депрессии и бредовой ипохондрии.

Психопатические состояния, суть которых заключается в определенном стиле эмоционального и поведенческого реагирования при социальном взаимодействии, нередко бывает трудно идентифицировать при первом осмотре, особенно если испытуемый прилагает усилия выглядеть адекватным. Диагностике помогают объективные анамнестические сведения с описанием поведенческих нарушений; нередко в процессе обследования испытуемый может невольно обнаружить патологические болезненные реакции (эмоциональную возбудимость и неустойчивость при соответствующих типах личностного расстрой-

ства, эмоциональную холодность при шизоидной психопатии, выраженную эмоциональную лабильность с чертами демонстративности при истерическом личностном расстройстве). Установлению диагноза «личностное расстройство» во многом помогают специализированные тестовые методики (тест Кеттела, тест MMPI, тест Айзенка, диагностика темперамента PTS по Стреляу и др.).

Из **галлюцинаторных состояний** самыми распространенными являются состояния вербального галлюциноза, которые можно определить путем внешнего наблюдения и в процессе даже формального общения. Внешние признаки субъекта, испытывающего слуховые галлюцинации, носят вариабельный характер, зависящий от содержания голосов, их интенсивности, сопутствующих реактивных эмоций (удивление, тревога, злость). Пожалуй, самым общим признаком является малословие, можно даже сказать, что если пациент с отсутствием или снижением объема вербального общения, вдруг обнаруживает речевое возбуждение, то из диагностики в первую очередь исключается вербальный галлюциноз именно как ведущий синдром (при некоторых патологических состояниях, сопровождающихся речевым возбуждением, возможно наличие отдельных коротких эпизодов вербального галлюциноза, но в диагностических рамках других синдромов — кататонического, экстастически-бредового, делириозного). Другим часто наблюдаемым признаком вербального галлюциноза является состояние отрешенности как проявление интроверсии, сходной с физиологическими процессами сворачивания психической активности при засыпании. Не случайно известный отечественный психиатр Е.А. Попов подчеркивал роль гипноидных, фазовых состояний, и в первую очередь парадоксальной фазы торможения в генезе галлюцинаций.

Наличие у пациента **бредовых идей** распознается по внешним психотическим признакам, указывающим на наличие психоза вообще, то есть на явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции грубо противоречат реальной ситуации, что отражается в искаженном отражении реального мира с сопутствующим неадекватным поведением. При бредовом состоянии у пациента не отмечается каких-либо специфических экспрессивных проявлений, многообразие которых зависит от фабулы бреда, его интенсивности (актуальности), сопутствующих реактивных эмоций, а также от степени сохранности способности к критической самооценке. Окончательное диагностическое заключение о наличии у больного бреда выводится в результате диалогового общения, в котором больной обнаруживает высказывания, отвечающие основным критериям бредовой идеи:

1) ложное суждение или заключение с характером убежденности, которое не корригируется, несмотря на явное противоречие с действительностью;
2) идея, которая полностью охватывает сознание больного, лишая его способности к критической оценке реальности (что в быту нередко обозначается как одержимость);
3) идея, сопровождающаяся бредовым поведением, которое отличается от всех других поведенческих расстройств тем, что представляет собой определенные поступки как минимум дезадаптивного характера, как максимум — опасные для окружающих или для самого себя.

В теории деятельности отечественного психолога А.Н. Леонтьева под поступком понимается вид действия, совершаемого в области субъект-субъектных отношений. Поступок — это действие, в котором человек обращается к другому, это действие, способное вызвать социальный резонанс. Именно через поступок бредовой пациент пытается донести свои идеи до окружающих. К примеру, бредовой пациент на недорогом и старом автомобиле отечественного производства таранит на дороге несколько дорогих иномарок, нанося им непоправимый ущерб, а при задержании на вопрос следователя-дознавателя отвечает, что он совершал «некую миссию».

Реактивно возникающие эмоциональные реакции зависят не только от фабулы и актуальности бреда, но и от реакции общества на высказывания и поведение больного. Например, бредовые идеи величия (бред высокого происхождения, мессианский бред, идеи обладания сверхспособностями и т.п.) поначалу сопровождаются эйфорией, но аффект может смениться злостью с враждебным отношением к другим, если пациент наталкивается на недоверие со стороны окружающих и даже насмешки. Обращает на себя внимание одна общая особенность, присущая всем бредовым пациентам, независимо от характера бреда: актуализация бреда сопровождается усилением переживания эмоции интереса (даже в случае негативных переживаний при бреде преследования или воздействия), а редукция бреда, возвращение в реальность сопровождается чувством скуки, отсутствием интереса. Подобно тому как подросток никак не хочет оторваться от компьютерной игры, в которой он чувствует себя виртуальным героем, или просмотра будоражащих ужастиков и сесть за скучные уроки, так и бредовой пациент, не всегда только по причине болезненности, но и по психологическим мотивам, невольно стремится сохранить бредовой статус, в котором он испытывает чувство ничем не заменимого интереса.

Как быть, если по внешним признакам мы подозреваем у пациента бредовое состояние, но пациент либо недоступен, либо диссимулирует состояние? Можем ли мы в этом случае уверенно верифицировать параноидный синдром? Нет, поскольку для верификации состояния имеющаяся у пациента бредовая идея или мыслительная ассоциация характера суждения, возникшая при патологическом функционировании головного мозга, ***должна быть высказана,*** произнесена и желательно зафиксирована («больной заявляет, что за ним следят...», «больной считает, что он предназначен совершить великую миссию...» и т.д.). Для других случаев в МКБ-10 предусмотрена диагностическая категория «Другие острые психотические расстройства» (F23.8), острые потому, что диагностические проблемы возникают при впервые возникшем параноидном состоянии. Хроническое бредовое расстройство рано или поздно проявит себя соответствующими высказываниями пациента.

Кататонические синдромы диагностируются путем простого наблюдения. Проявления кататонической симптоматики настольно специфичны (восковая гибкость, ступор с мышечным оцепенением, кататоническая фуга, гебефреническое возбуждение) и очевидны, что диагностика кататонических расстройств не представляет трудностей.

Синдромы помрачения сознания. В психиатрии речь не столько о «количественном» снижении уровня бодрствования (сомноленция, оглушенность, сопор, кома), сколько о качественном изменении сознания в виде следующих состояний: делирий, сумеречное помрачение сознание, онейроид и редко встречающаяся аментивная спутанность сознания. Диагностика осуществляется путем наблюдения и формального общения, если оно вообще возможно. Проблемы в диагностике данных состояний возникают тогда, когда они протекают атипично (ориентированные сумерки), абортивно (люцидное «окно» при делирии) или слабо выражены (ониризмы), то есть когда пациент обнаруживает достаточную ориентировку в окружающем. В этих случаях диагностическую ценность приобретает временной фактор: не делая никакого предварительного диагностического заключения, стоит некоторое время просто понаблюдать за пациентом (конечно же, в условиях стационара).

Припадки, а также гиперкинетические феномены можно непосредственно наблюдать (в некоторых случаях родные заболевшего снимают его во время приступа на мобильный телефон для демонстрации врачу), а можно довериться описаниям самого пациента или его близких.

Припадки составляют область психиатрии, тесно примыкающую к неврологии.

Психоорганический синдром включает большое число различных психических нарушений, возникновение которых непосредственно обусловлено повреждением головного мозга. Психоорганический синдром обычно характеризуется следующей триадой признаков: ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффектов (триада Вальтер-Бюэля). Помимо указанной симптоматики, часто наблюдаются астенические явления, гипомнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Психоорганический синдром может протекать остро, например, после черепно-мозговой травмы, инсульта, острой асфиксии, после тяжело протекающего алкогольного (мусситирующего) делирия — в данных случаях в структуре синдрома могут наблюдаться отдельные делириозные (или сумеречные) эпизоды, приступы психомоторного возбуждения с проявлениями агрессии; несмотря на затянувшееся течение (от 3 до 6 мес), возможен благоприятный исход с минимальным повреждением психических функций. Диагностические категории МКБ-10, используемые для обозначения данного состояния, следующие: «органический амнестический синдром» (F04), «делирий, не вызванный алкоголем» (F05 — в данную диагностическую категорию входят не только делириозные эпизоды, но и эпизоды сумеречного помрачения сознания, эпизоды психомоторного возбуждения). Но чаще всего психоорганический синдром развивается постепенно и представляет собой резидуальное состояние, свидетельствующее о необратимом характере повреждений головного мозга, и наблюдается в отдаленных периодах заболевания; клиническая симптоматика больше соответствует психопатоподобным расстройствам, поэтому для обозначения данного состояния используется диагностическая категория «расстройство личности органической этиологии» (F07). В отличие от конституционально обусловленных личностных нарушений, в структуре органического расстройства личности доминируют аффективная возбудимость и аффективная неустойчивость, а также различной степени выраженности когнитивные нарушения, не достигающие уровня деменции.

Синдромы деменции или слабоумия, так же как и **синдромы умственной отсталости или малоумия,** для своей полной диагностики требуют детального экспериментально-психологического исследования. В случае деменции от врача требуется определить ее нозологическую принадлежность.

В клинической практике нередко можно наблюдать сочетание двух и более синдромов, и если ни один из них не является доминирующим, то используется диагностическая категория «острое полиморфное психотическое расстройство» (F23.0). В некоторых случаях допустимы двойные синдромальные определения, из которых наиболее употребимы следующие: галлюцинаторно-бредовое расстройство, которое встречается настолько часто, что общепринято его обозначать как параноидное, упомянутое выше тревожно-депрессивное состояние, депрессивно-галлюцинаторное состояние, депрессивно-бредовое состояние, кататоно-галлюцинаторное состояние или же галлюцинаторно-кататонное состояние. Первый диагностический признак в синдромальной двойке указывает на актуальность именно данного состояния и на первоочередность терапевтических задач (симптом-мишень, в понимании Г.Я. Авруцкого), при этом он не всегда может соответствовать окончательному диагнозу. К примеру, у пациента, страдающего алкогольной зависимостью и имеющего в прошлом попытку суицида в состоянии алкогольного опьянения (самоповешение), поступившего в очередной раз в состоянии запоя, после снятия симптомов абстиненции обнаружилась картина выраженной тоскливой депрессии с мыслями о смерти. При этом он также сообщил, что регулярно слышит голоса умерших родителей, которые утешают его, призывают не убивать себя, не пить водку и т.п. и которые ему нисколько не мешают. Синдромальный диагноз в данном случае — депрессивно-галлюцинаторный, указывающий на то, что первоочередной задачей терапии в данном случае является купирование симптомов депрессии. А вот окончательный диагноз, который был выставлен пациенту, был следующим: «алкогольный галлюциноз на депрессивном фоне» (F10.5).

Можно ли лечить пациента на стадии синдромального диагноза? Безусловно, да. Собственно, вся купирующая терапия имеет в качестве мишеней те или иные симптомокомплексы или синдромы. Что касается поддерживающей терапии, то ее тактика строится уже с учетом нозологического фактора.

И в заключение следует остановиться на главном. Если при определении нозологического диагноза допускаются нозологическая неопределенность в течение некоторого периода и даже ошибочные умозаключения, обусловленные недостаточно полным анамнезом, невозможностью полного обследования (лабораторного, инструментального, экспериментально-психологического) из-за остроты состояния пациента, недостаточно длительным периодом наблюдения, чтобы проследить болезнь в «продольном разрезе», то синдромальный диа-

гноз, отражающий психопатологический статус пациента, должен быть определен сразу после осмотра и должен быть безошибочным, что возможно только при качественно проведенном психопатологическом методе диагностики. В отличие от обычной пропедевтики, совершаемой врачом общесоматической практики, где врач может подстраховаться лабораторными и инструментальными методами исследования (электрокардиография, рентгенография, ультразвуковое исследование и многое другое), психопатологическая пропедевтика зависит главным образом от способности психиатра к детальному наблюдению, умело проводимому опросу и верной интерпретации обнаруженных признаков.

Глава 5

ПРИМЕРНЫЕ ОБРАЗЦЫ ОПИСАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (НА ПРИМЕРЕ СИТУАТИВНЫХ ЗАДАЧ)

Прежде чем привести описания психического статуса пациентов с различными психопатологическими нарушениями, стоит как пример привести описание статуса психически здорового человека, что иногда бывает сделать гораздо труднее, чем констатировать психическую патологию. Почему? Причина заключается в том, что в психиатрии понятие психической нормы крайне размыто. Если в общесоматической медицине о патологии мы говорим, когда некие физические параметры организма не соответствуют норме и, наоборот, человек считается здоровым при наличии нормативности показателей (пульса, давления, величины органов, показателей крови и т.д.), то в психиатрии понятие психической нормы практически отсутствует. При необходимости констатации психической нормы более всего подходит формулировка принципа презумпции психического здоровья — человек считается психически здоровым, пока не будет доказано обратное. Если мы, описывая психический статус человека, хотим показать отсутствие психических расстройств, мы исходим от противного: мы отмечаем, что у него нет галлюцинаций и прочих расстройств восприятия, у него нет бреда, навязчивый идей; если субъект не обнаруживает аффективной патологии, мы заключаем, что у него «ровное настроение», если у него нет двигательного возбуждения, мы констатируем «упорядоченность поведения», если же у него нет двигательной заторможенности, то мы отмечаем «достаточную активность, живость движений». Вряд ли найдется специалист, который мог бы точно сказать, каковы критерии нормального настроения или нормальной двигательной активности. Некоторые успехи квантитативной диагностики достигнуты при оценке интеллектуальной деятельности, где, к примеру, мы наверняка знаем, что показатель IQ ниже 70 баллов есть отклонение от нормы и отражает патологию.

Пример 1

Обследуемый Г-в, 40 лет (повод обращения — проведение психиатрического освидетельствования).

Заключение: признаков расстройств психической деятельности не обнаруживает.

Психический статус. Ориентировка во всех видах сохранена. Вербальному контакту доступен в полной мере. Держится естественно, адекватно ситуации освидетельствования. В ответах лаконичен, отвечает по существу вопроса. Продуктивной симптоматики не обнаруживает. Речь достаточно модулирована, ровная. Эмоционально стабилен, не обнаруживает каких-либо эмоционально-вегетативных реакций даже при обсуждении эмоционально значимых тем. Вместе с тем отмечает, что был задет заключением психолога (при прохождении экспертизы), что его психика недостаточна стабильна. Мотивирован к активной, трудовой деятельности. Расстройств когнитивной деятельности не обнаруживает. Тест на запоминание 10 слов, тесты на внимание (счет по Крепелину, методика «таблица Шульте») выполняет с нормативными значениями. Память без формальных нарушений. Мышление четкое, операционального, «юридического» склада.

Гиперстенической конституции, с хорошо развитой мышечной массой.

Пример 2

Пациент К-в, 38 лет.

Заключение: тревожно-фобическое расстройство (F41.3).

Жалобы на регулярно и приступообразно возникающее ощущение спазма или кома в горле, сопровождающееся бурлением в кишечнике и чувством страха, на общее напряжение, связанное с тревогой, снижение работоспособности.

Из анамнеза. Много лет страдает хроническим тонзиллитом, который три года назад осложнился предполагаемым миокардитом. В течение последних двух лет отмечает у себя страхи, связанные с неприятными ощущениями вегетативного характера, последние первоначально связывались с его основным заболеванием. Лечение у терапевта не дало к желаемого эффекта, была рекомендована консультация у психиатра.

Психический статус. Ориентирован во всех видах. Речевому контакту доступен. Беседу начинает с жалоб, ожидая помощи и поддержки. Свои болезненные переживания описывает сбивчиво, непоследовательно. Речь несколько ускорена, отрывистая. Поза несколько напряженная, постоянно теребит пальцы рук. Выражение лица беспокойное, взгляд тревожный, с усиленной поисковой активностью. Несколько раз задает один и тот же вопрос: «Это у меня пройдет?». Внимание рассеян-

ное, излишне сосредоточен на своих ощущениях. Дыхание поверхностное, на просьбу сделать глубокий вдох задерживает дыхание, при этом с тревогой отмечает, что не может дышать.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Речевому контакту доступен. Беседу начинает с жалоб, ожидая помощи и поддержки	Коммуникативная сфера	Терапевтический альянс (норма) — диалоговое общение с запросом на поддержку
Жалобы на ощущение спазма или кома в горле, бурление в кишечнике	Аффективная сфера (физиологический компонент)	Тревожно-депрессивный
Свои болезненные переживания описывает сбивчиво, непоследовательно. Речь несколько ускорена, отрывистая	Речевая активность	Тревожный синдром
Поза несколько напряженная, постоянно теребит пальцы рук	Двигательная активность, поза	Тревожный синдром
Выражение лица беспокойное, взгляд тревожный, с усиленной поисковой активностью	Аффективная сфера	Тревожный синдром
Несколько раз задает один и тот же вопрос: «Это у меня пройдет?»	Аффективная сфера	Фобические проявления
Излишне сосредоточен на своих ощущениях. Дыхание поверхностное, на просьбу сделать глубокий вдох задерживает дыхание, при этом с тревогой отмечает, что не может дышать	Аффективная сфера	Фобические проявления

Из разбора статуса следует, что ведущим синдромом при обследовании является тревожно-фобический.

Пример 3

Пациентка Г-ва, 36 лет.

Заключение: связанная со стрессом пролонгированная депрессивная реакция (F43.21).

Жалобы на пониженное настроение, чувство кома в горле, чувство безразличия, невозможность чем-либо заняться, повышенную раздра-

жительность, плохой аппетит, проблемы со сном (поверхностный сон с ранним пробуждением).

Из анамнеза. Образование высшее. Была замужем, от брака имеет пятилетнюю дочь. После развода сильно набрала в весе (свыше 90 кг). Последние годы жила и работала за пределами России, занималась бизнесом. С родственником основного партнера по бизнесу постепенно завязались романтические отношения, предположительно, с серьезными намерениями, в целях создания семьи. Для того чтобы «выглядеть нормально» и избавиться от лишней жировой ткани, пошла на ряд пластических операций — за относительно короткий период (3 мес) перенесла четыре оперативных вмешательства. В результате внешне стала выглядеть более подтянутой и стройной, что было позитивно замечено окружающими и ее другом. Однако в феврале 2017 г. он безо всякого объяснения резко прервал с ней отношения, перестал выходить на контакт. В конце февраля случайно узнала о том, что пластический хирург во время операции, используя телефон, снял ее в обнаженном виде и распространил фотографии непристойного характера среди знакомых ей мужчин, включая ее друга. Тогда впервые возникло чувство сдавления в груди и кома в горле. Вернувшись домой, почти месяц лежала в постели, не было ни сил, ни желания что-либо делать. Снизился аппетит. Ночной сон перестал приносить чувство полноценного отдыха. Обращалась за помощью к психологу, надеялась справиться со стрессовой ситуаций самостоятельно, не прибегая к психотропным препаратам.

Психический статус. Ориентировка во всех видах сохранена. В общении достаточна контактна, отвечает развернутыми фразами, голос тихий. Активность снижена, легко истощаема, вялая. Выглядит несколько ослабленной, уставшей, взгляд печальный. Отмечает снижение сферы побуждений, не испытывает каких-либо желаний, к примеру, раньше часто мечтала о том, что после того, как она похудеет, обновит свой гардероб в соответствии с ее внешним видом. Теперь же, несмотря на нормальный вес и удовлетворительный внешний вид, нет ни желания с кем-либо встречаться, ни одеваться для каких-либо целей. Перестала заниматься бизнесом, так как не может заставиться себя общаться с людьми, в чьих глазах она «опозорена». С трудом заставляет себя заниматься ребенком — только из чувства долга. О будущем почти не думает, текущие дни проходят автоматически, мыслями постоянно возвращается к перенесенной стрессовой ситуации. Внимание слабой концентрации, отмечает, что ей тяжело сосредоточиться на счете (в тесте Крепелина). Память сохранна.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
В общении достаточна контактна, отвечает развернутыми фразами	Коммуникативная сфера	—
Тихий голос	Речевая активность	Астенический, депрессивный
Активность снижена, легко истощаема, вялая	Двигательная активность	Астенический, депрессивный
Мимика «уставшая», взгляд печальный	Аффективная сфера	Астенический, депрессивный
Считает себя опозоренной	Аффективная сфера	Психогенная реакция в виде чувства стыда
Мыслями постоянно возвращается к перенесенной стрессовой ситуации	Когнитивная (идеаторная) сфера	Синдром флэшбэка — эпизоды повторного переживания психотравмирующей ситуации
Внимание слабой концентрации, отмечает, что ей тяжело сосредоточиться на счете	Когнитивная сфера	Астенический

Ведущий синдромом при обследовании — астенодепрессивный.

Пример 4

Пациент С-в, 42 года.

Заключение: депрессивное расстройство органической природы в связи с травмой головного мозга (F06.320).

Жалобы. По своей инициативе жалоб не предъявляет.

Из анамнеза (со слов жены). Шесть месяцев назад при дорожно-транспортном происшествии перенес черепно-мозговую травму, 8 дней находился без сознания (в нейрохирургическом отделении). После выписки, несмотря на относительное удовлетворительное физическое состояние, «не пришел в себя» — все время молчит, ничем не интересуется, может целый день просидеть на одном месте. Сон, аппетит не нарушены.

Психический статус. На вопросы, касающиеся ориентировки, не отвечает. Судя по внешним реакциям, понимает, что находится на приеме у врача. Все время беседы сидит с отрешенным видом, предоставляя жене описывать его болезненное состояние. Пассивен, мало-

подвижен, заторможен. С начала беседы сидит в одной и той же позе: голова опущена, кисти рук зажаты между коленями. Спонтанно молчалив. На вопросы отвечает односложно, в основном в форме «да», «нет», глухим голосом. Выражение лица безразличное, отсутствующее, взгляд уставший, моментами измученный. Часто на задаваемые вопросы реагирует мимикой раздражения: морщит лоб, сощуривает глаза, как при головной боли. Тестовые задания (на внимание, память) игнорирует, ссылаясь на усталость.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Все время беседы сидит с отрешенным видом	Общая активность (положение в пространстве)	Замкнутость
Пассивен, малоподвижен, заторможен	Двигательная активность	Психоорганический, депрессивный
С начала беседы сидит в одной и той же позе — голова опущена, кисти рук зажаты между коленями	Аффективная сфера	Депрессивный, эмоциональная возбудимость
Спонтанно молчалив. На вопросы отвечает односложно, в основном в форме «да», «нет»	Коммуникативная сфера, речевая активность	Формальное общение
Глухой голос	Речевая активность	Психоорганический, депрессивный
Выражение лица безразличное, отсутствующее	Аффективная сфера	Апатическая депрессия, аспонтанность
Взгляд уставший, моментами измученный	Аффективная сфера	Депрессивный, астенический
Часто на задаваемые вопросы реагирует мимикой раздражения: морщит лоб, сощуривает глаза, как при головной боли	Аффективная сфера	Эмоциональная возбудимость
Тестовые задания (на внимание, память) игнорирует, ссылаясь на усталость	Когнитивная сфера	Когнитивная истощаемость

Ведущий синдром при обследовании — депрессивно-органический.

Пример 5

Пациент М-в, 14 лет.

Заключение: обсессивно-компульсивное расстройство (F42.1) на депрессивном фоне.

Жалобы на головные боли, которые возникают по утрам, сразу после сна («голова забита»), после приема длительного душа голова немного проясняется.

Из анамнеза (со слов пациента и матери). Имеет отягощенную наследственность по отцовской линии: после того как дед пациента скоропостижно скончался после аппендэктомии, у родного дяди мальчика (старшего брата отца) началась депрессия с суицидальными намерениями, часто повторял, что хочет к отцу, в связи со стойкими изменениями в психическом состоянии была дана группа инвалидности. Отец и мать пациента здоровы. Детское развитие без особенностей. С учебой справляется (учится в обычной школе). Занимался борьбой, но затем, из-за изменений в психике, занятия спортом оставил, и теперь все свободное время сидит в Интернете. В течение года обнаруживает навязчивые явления в виде постоянного мытья рук, частого приема душа (по несколько раз в день).

Психический статус. Ориентирован во всех видах. Держится настороженно, несколько избегающее, в целом рассматривая ситуацию консультации как ему не нужную. Проблем в своем состоянии не видит, пытается рационально объяснить свое поведение: «в целях чистоты». Поза напряженная, несколько зажатая, недостаточно свободен в движениях. На вопросы отвечает коротко, формально. Голос достаточно громкий, модулирован. Избегает вопросов, касающихся его душевных переживаний; на чувственную провокацию реагирует тревожным волнением: теряется, учащается дыхание, речь становится отрывистой. Сообщил, что его пугают ситуации, когда его легко могут «достать», «задеть», при этом боится проявлений собственной агрессии. Свое поведение, связанное с навязчивым мытьем рук, объяснил как желание избавиться от чего-то грязного в себе, когда чувствует себя ущербным, не таким, как все. Говоря об этом, заметно погрустнел, на глазах появились слезы. Отмечает у себя навязчивый страх телесного контакта с другими людьми, что и побудило его оставить спорт, так как «там многое было общее» (делились майками, общие спортивные принадлежности), что вызывало чувство брезгливости. Когнитивные функции без формальных нарушений.

Крепкого сложения, несколько повышенного питания, с хорошей мышечной массой, однако слегка рыхловат.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Держится настороженно, несколько избегающее, в целом рассматривая ситуацию консультации как ему не нужную	Поведение в терапевтической ситуации	Избегание терапевтического пространства
Проблем в своем состоянии не видит, пытается рационально объяснить свое поведение: «в целях чистоты»	Поведенческая сфера	Навязчивые действия (ритуалы)
Поза напряженная, несколько зажатая, недостаточно свободен в движениях	Двигательная активность (положение в пространстве)	Закрытость, напряженность
На вопросы отвечает коротко, формально. Избегает вопросов, касающихся его душевных переживаний	Коммуникативная сфера	Формальное общение с элементами негативизма
На чувственную провокацию реагирует тревожным волнением: теряется, учащается дыхание, речь становится отрывистой	Аффективная сфера	Тревожная симптоматика
Сообщил, что его пугают ситуации, когда его легко могут «достать», «задеть», при этом боится проявлений собственной агрессии	Аффективная сфера	Компульсивность
Свое поведение, связанное с навязчивым мытьем рук, объяснил как желание избавиться от чего-то грязного в себе, когда чувствует себя ущербным, не таким, как все. Говоря об этом, заметно погрустнел, на глазах появились слезы	Аффективная сфера	Депрессивная симптоматика
Отмечает у себя навязчивый страх телесного контакта с другими людьми, что и побудило его оставить спорт, так как «там многое было общее», чувство брезгливости	Аффективная сфера	Обсессии (фобия заражения), враждебность (чувство отвращения)

В данном случае отмечается заметный полиморфизм симптоматики — навязчивые страхи (загрязнения), навязчивые ритуалы защитного характера, тревожно-депрессивные проявления, а также проявления негативизма и враждебности. Такой полиморфизм типичен для многих

психических расстройств, развивающихся в детском и подростковом возрасте. Но для определения главной терапевтической задачи всегда требуется установить ведущий синдром, каковым в данном случае является компульсивный на депрессивном фоне.

Пример 6

Пациентка К-ва, 25 лет.

Заключение: органическое депрессивное расстройство непсихотического уровня с связи с эпилепсией (F06.362).

Жалобы на повторяющиеся пароксизмальные состояния с потерей сознания, о которых ничего не помнит, на головные боли («стучит в висках»), сопровождающиеся тошнотой и перепадами артериального давления (подъемы и снижение).

Из анамнеза (со слов пациентки и со слов отца). В 15-летнем возрасте перенесла пароксизмальное состояние с коротким эпизодом судорог и длительной потерей сознания, с остановкой дыхания, по поводу чего в экстренном порядке была произведена трахеотомия с интубацией. С того же периода отмечаются повторяющиеся пароксизмальные состояния, сопровождающиеся выключением сознания и судорожными подергиваниями без нарушения статики. Постоянно испытывает страхи. Наблюдалась и лечилась у неврологов, получала антиэпилептические средства [карбамазепин (Финлепсин*[8])], которые оказались малоэффективными. Едва окончила среднюю школу, больше нигде не училась, профессии не имеет, не работала. Была замужем, имеет одного ребенка. С мужем в разводе, живет в родительской семье со своим ребенком, воспитанием которого занимаются ее родители. От домашней работы уклоняется, ссылаясь на плохое самочувствие.

Психический статус. Зайдя в кабинет вместе с отцом, пациентка внезапно изменилась: вдруг стала отрешенной, мимика застыла, взгляд стал отсутствующим, неподвижным, не реагирует на окружающее; при этом статика оставалась сохраненной, но отмечались легкое покачивание и малозаметные жевательные движения губ. На попытку отца поддержать ее отреагировала машинальным отстранением (отталкивающими движениями). Состояние длилось около 3 мин, после восстановления сознания некоторое время отмечалась растерянность, несобранность. Окончательно придя в себя, догадалась, что у нее был приступ, который объяснила тем, что разволновалась перед консультацией. Сообщила, что подобные приступы нередко провоцируются

[8] ф — Торговое название лекарственного средства.

конфликтными, напряженными ситуациями, связанными с душевным волнением. Отмечает также у себя наличие страхов: боится темноты, быть одной в комнате, испытывает страх смерти или страх сойти с ума. Одновременно отмечает раздражительность, непереносимость «всего». Когда становится «совсем плохо», предпочитает лежать в постели, укрывшись с головой, так, чтобы «никто не трогал». Болезненно реагирует на замечания близких, в особенности при общении с отцом, когда приходится подавлять чувство гнева и раздражения, которое заканчивается слезами. В беседе держится напряженно, зажато, внимательно слушает историю своей болезни в интерпретации отца, часто болезненно реагирует на его высказывания, проявляя чувство обиды, на глазах появляются слезы. Малословна, речь тихим голосом. Выражение лица унылое, уставшее, часто появляется выражение недовольства (сжимает рот). Взгляд настороженный, часто опускает глаза вниз. Отметила, что устала, уже нет сил «терпеть эту гадость». Внимание слабой концентрации, истощаемо. В тесте на вербальную беглость назвала за 2 мин достаточное число слов на букву «т».

Нормостенического сложения, удовлетворительного питания. Бледность кожных покровов. На коже передней части шеи — грубый вертикальный послеоперационный шрам размером около 10 см.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Пациентка внезапно изменилась: вдруг стала отрешенной, мимика застыла, взгляд стал отсутствующим, неподвижным, не реагирует на окружающее; при этом статика оставалась сохраненной, но отмечались легкое покачивание и малозаметные жевательные движения губ. На попытку отца поддержать ее отреагировала машинальным отстранением (отталкивающими движениями). Состояние длилось около 3 мин, после восстановления сознания некоторое время отмечалась растерянность, несобранность	Сознание	Фокальный психомоторный (простой) припадок с нарушением сознания
Отмечает наличие страхов: боится темноты, быть одной в комнате, испытывает страх смерти или страх сойти сума	Аффективная сфера	Фобический синдром

Окончание табл.

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Одновременно отмечает раздражительность, непереносимость «всего». Когда становится «совсем плохо», предпочитает лежать в постели, укрывшись с головой, так, чтобы «никто не трогал»	Аффективная реакции	Гиперестезии, повышенная эмоциональная возбудимость
Болезненно реагирует на замечания близких, в особенности при общении с отцом, когда приходится подавлять чувство гнева и раздражения, которое заканчивается слезами	Аффективная сфера	Дисфорическое состояние
Малословна, речь тихим голосом. Выражение лица унылое, уставшее, часто появляется выражение недовольства (сжимает рот). Взгляд настороженный, часто опускает глаза вниз. Отметила, что устала, уже нет сил «терпеть эту гадость».	Аффективная сфера	Дисфорическая депрессия с проявлениями враждебности
Внимание слабой концентрации, истощаемо	Когнитивная сфера	Астенический

В данном случае отмечаются два ведущих синдрома, один из которых представляет неврологическую патологию (психомоторные припадки), другой — психическое расстройство в виде дисфорической депрессии, оба из которых обусловлены одним и тем же заболеванием — эпилепсией.

Пример 7

Пациент Р-в, 47 лет.

Заключение: ипохондрическое развитие на депрессивном (дисфорическом) фоне у личности параноидного склада (F45.2, F60.03).

Жалобы на головные боли, чувство удушья, общую физическую слабость, повышенную утомляемость, пониженное настроение, эпизодически возникающее ощущение онемения в левой руке, сменяющееся болью.

Из анамнеза (со слов пациента). Является офицером в отставке. Был женат, с женой в разводе. Перенес ряд заболеваний: операцию на мениске коленного сустава, пневмонию, гепатит А, страдает хроническим холециститом, радикулитом. Имеет II группу инвалидности по общему заболеванию. Направлен на консультацию к психиатру в ситуации

прохождения досрочного переосвидетельствования в медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), поскольку пациент настаивает на I группе инвалидности, считая себя тяжелобольным.

Психический статус. Ориентировка не нарушена. Беседу начинает активно: не дожидаясь вопросов, сразу сообщает историю болезни, подробно, в деталях, подчеркивая важность своих болезненных ощущений. Отношение к собеседнику — недоверчиво-доминирующее, временами снисходительное, так, заявил, что согласился на осмотр психиатра только по одной причине — это необходимо комиссии МСЭК. Многословен, темп речи не ускорен, но при этом обстоятелен. Некоторые вопросы игнорирует, продолжая вести свою линию беседы. Ответы большей частью носят расплывчатый, неопределенный характер. Нередко на вопрос реагирует контрвопросом. При наличии речевой активности недостаточно активен в движениях. Поза — закрытая, почти все время беседы сидит со скрещенными на груди руками. В движениях, жестах маловыразителен, в целом малоподвижен, временами напряжен, так, на некоторые вопросы реагирует напряжением лицевых мышц (желваки). Рассказывая о своих мучительных физических симптомах, внешне почти не меняется, выражение лица большей частью недовольное, с отсутствием признаков физического страдания. Обнаруживает враждебное отношение к армейскому руководству, которое, по его мнению, недостаточно компенсировало нанесенный системой ущерб его здоровью. При этом аффектирует, голос становится резким, мимика — раздражительной, угрожает, что так этого не оставит («тело мое разрушили, душу я им не отдам»). Общий фон настроения большей частью дисфорический, временами на лице появляется печаль, взгляд становится погасшим, что быстро сменяется усилением раздражительности. Когнитивные процессы формально сохранены.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Беседу начинает активно: не дожидаясь вопросов, сразу сообщает историю болезни, подробно, в деталях, подчеркивая важность своих болезненных ощущений. Отношение к собеседнику — недоверчиво-доминирующее, временами снисходительное, так, заявил, что согласился на осмотр психиатра только по одной причине — это необходимо комиссии МСЭК	Поведение в терапевтической ситуации	Доминантная манипулятивная позиция с запросом на компенсацию

Окончание табл.

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Многословен, темп речи не ускорен, но при этом обстоятелен	Речевая активность	Параноидный, ипохондрический
Некоторые вопросы игнорирует, продолжая вести свою линию беседы. Нередко на вопрос реагирует контрвопросом	Коммуникативная сфера	Негативизм
Ответы большей частью носят расплывчатый, неопределенный характер	Коммуникативная сфера. Когнитивная сфера (мышление)	Негативизм. Резонерство
При наличии речевой активности недостаточно активен в движениях. Поза — закрытая, почти все время беседы сидит со скрещенными на груди руками	Двигательная активность	Негативизм
В движениях, жестах маловыразителен, в целом малоподвижен, временами напряжен, так, на некоторые вопросы реагирует напряжением лицевых мышц (желваки)	Двигательная активность. Аффективная сфера	Депрессивный (дисфорический)
Рассказывая о своих мучительных физических симптомах, внешне почти не меняется, выражение лица большей частью недовольное, с отсутствием признаков физического страдания	Аффективно-идеаторная сфера	Ипохондрические идеи
Обнаруживает враждебное отношение к армейскому руководству, которое, по его мнению, недостаточно компенсировало нанесенный системой ущерб его здоровью. При этом аффектирует, голос становится резким, мимика — раздражительной, угрожает, что так этого не оставит («тело мое разрушили, душу я им не отдам»)	Аффективно-идеаторная сфера	Враждебная установка, свехценные идеи отношения
Общий фон настроения большей частью дисфорический, временами на лице появляется печаль, взгляд становится погасшим, что быстро сменяется усилением раздражительности	Аффективная сфера	Депрессивно-дисфорический

Ведущий синдром — депрессивно-ипохондрический (дисфорически-ипохондрический).

Пример 8

Пациент К-н, 16 лет.

Заключение: шизотипическое расстройство (латентная шизофрения) (F21.1).

Жалоб не предъявляет.

Из анамнеза (со слов матери). Учится в 9-м классе средней школы, едва справляется с учебой (формально переводят из класса в класс). С ровесниками почти не общается, ведет себя робко, стеснительно, однако при этом пользуется определенным уважением из-за того, что неплохо разбирается в компьютере. В семье, по сравнению с другими братьями, всегда держался замкнуто, обособленно. Из всех увлечений предпочитает сидеть в Интернете, на вмешательство извне (например, на предложение заняться уроками) реагирует упрямым отказом, иногда огрызается.

Психический статус. С неохотой зашел в кабинет. Почти насильно, после уговоров матери, уселся на предложенный стул. На месте удерживается с трудом, часто ерзает, смотрит по сторонам, на собеседника старается не смотреть. В двигательных проявлениях неуклюж, неловок, движения порывистые, резкие, механистичны, лишены пластичности. Объем вербального общения крайне снижен. Многие вопросы оставляет без ответа либо выбирает из разных вариантов ответов, предложенных на выбор врачом, наиболее подходящие, при этом реагирует либо кивком головы, либо отвечает «да», «нет». Речь нечеткая, как будто выдавливает из себя слова. Мимика лица маловыразительная. Выражение лица недовольное. Взгляд рассеянный. Оценить состояние интеллекта не удается из-за речевой малоконтактности.

Пониженного питания. Лептосомной конституции с нерезко выраженными признаками дисплазии. Легкое преходящее косоглазие.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
С неохотой зашел в кабинет. Почти насильно, после уговоров матери, уселся на предложенный стул	Поведение в терапевтической ситуации	Избегающее
На месте удерживается с трудом, часто ерзает, смотрит по сторонам, на собеседника старается не смотреть	Двигательная сфера. Аффективная сфера	Гиперкинетический тревожный
В двигательных проявлениях неуклюж, неловок, движения порывистые, резкие, механистичны, лишены пластичности	Двигательная сфера	Моторная дискордантность

Окончание табл.

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Объем вербального общения крайне снижен. Многие вопросы оставляет без ответа либо выбирает из разных вариантов ответов, предложенных на выбор врачом, наиболее подходящие, при этом реагирует либо кивком головы либо отвечает «да», «нет»	Коммуникативная сфера	Крайне формальное общение — до степени аутизма
Речь нечеткая, как будто выдавливает из себя слова	Речевая функция	Речевая дискордантность
Мимика лица маловыразительная	Аффективная сфера	Апатический
Выражение лица недовольное	Аффективная сфера	Дисфорический
Взгляд рассеянный. Оценить состояние интеллекта не удается из-за речевой малоконтактности	Когнитивная сфера	Дефицит внимания
Пониженного питания. Лептосомной конституции с нерезко выраженными признаками дисплазии. Легкое преходящее косоглазие	Общий конституционный тип	Шизотипическая конституция

Ведущая симптоматика — негативная, характерная для расстройств шизофренического спектра, субклинического уровня (апатия, амимия, абулия, нарушения речи, аутизация).

Пример 9

Пациент Р-в, 21 год.

Заключение: шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1).

Жалоб по своей инициативе не предъявляет.

Из анамнеза (со слов родных, пациента). Учащийся высшего учебного заведения (экономический факультет). Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Ранее ничем не болел. В течение последнего месяца изменился: перестал ходить на занятия, стал замкнутым, молчаливым, нарушился сон, стал плохо есть. На расспросы родных, что с ним, отмалчивался, спонтанно высказывался о бессмысленности жизни. Как-то, при упоминании о необходимости учиться, заявил, что, возможно, уйдет в монастырь.

Психический статус. На вопросы ориентировки отвечает правильно. В беседе пассивен, сидит с отрешенным видом. Спонтанно молчалив,

ответы носят односложный характер. Отвечает нехотя, так, как будто разговор его утомляет. После настойчивых расспросов пожаловался на сердцебиение и давящие боли в затылке, тут же отмечает, что сейчас уже ничего не чувствует. Малоподвижен, подолгу находится в одной и той же позе, в движениях скован. На вопросы, касающиеся его высказываний о бессмысленности жизни, и на конкретный вопрос, что для него в этой жизни самое страшное, ответил, что это ядерная война, в которой никому нельзя уцелеть, так как нет «нет никакого шанса на выживание». Все это произносится ровным, тихим голосом, с отрешенным выражением лица. Взгляд рассеянный, часто смотрит в никуда. Оценить состояние когнитивных функций не удается из-за выраженности болезненного состояния.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
В беседе пассивен, сидит с отрешенным видом. Спонтанно молчалив, ответы носят односложный характер	Коммуникативная сфера	Замкнутость, формальное общение
Отвечает нехотя, так, как будто разговор его утомляет	Аффективная сфера	Астенический депрессивный
После настойчивых расспросов пожаловался на сердцебиение и давящие боли в затылке, тут же отмечает, что сейчас уже ничего не чувствует	Аффективная сфера	Психическая анестезия
Малоподвижен, подолгу находится в одной и той же позе, в движениях скован	Двигательная сфера	Депрессивный, субступорозный
На вопросы, касающиеся его высказываний о бессмысленности жизни, и на конкретный вопрос, что для него в этой жизни самое страшное, ответил, что это ядерная война, в которой никому нельзя уцелеть, так как нет «нет никакого шанса на выживание»	Аффективно-идеаторная сфера	Депрессивный бред катастрофы
Все это произносится ровным, тихим голосом, с отрешенным выражением лица	Аффективная сфера	Депрессивно-апатический
Взгляд рассеянный, часто смотрит в никуда	Сфера сознания	Гипотония сознания

Ведущий синдром — депрессивный тяжелой степени с психотическими симптомами.

Пример 10

Пациентка К-ва, 49 лет.

Заключение: приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, депрессивный тип с повторяющимися приступами (F25.ll).

Жалобы на пониженное настроение, тревогу, страх сойти с ума, плохие мысли, нарушение сна, аппетита.

Из анамнеза (со слов больной). Болеет с 46-летнего возраста, когда впервые понизилось настроение, снизилась физическая и умственная работоспособность, стала путаться, терялась в общении с окружающими, даже с близкими. Обратилась за помощью к психиатру, который ей назначил прием нейролептика (рисполепт) и антидепрессанта (золофт). Через 2 года, после внезапной смерти мужа (в автоаварии), состояние вновь ухудшилось, снова стала принимать нейролептики и антидепрессанты, но уже без заметного терапевтического эффекта. Заметно снизился вес, почти перестала общаться, трудоспособность полностью снизилась, была не в состоянии выполнять даже простую домашнюю работу, резко ухудшилась память, способность к пониманию. Пол года назад, после того как сын попал в автоаварию, в которой оказался виновником и был осужден, состояние резко ухудшилось: развилось возбуждение с путаницей в мыслях, отдельные слуховые обманы (оклики, звуки), двигательное беспокойство (могла часами ходить по лестнице вверх-вниз) периодически сменялось слабостью с оцепенением, когда не могла заставить себя пошевелить даже пальцем, настроение характеризовала как ужасное, исчез сон, появились суицидальные мысли.

Психический статус. Ориентировка не нарушена. Достаточно коммуникабельна. Ищет помощи, утешения, несколько раз спросила, не заболела ли она шизофренией, так как она часто чувствует, что сходит с ума. Двигательно зажата, напряжена, как «сдавленная пружина». Отвечает отрывисто, временами с надрывом, с придыханием. Речь слегка заикающаяся (заикание появилось в процессе болезни). Выражение лица растерянное, тревожное. Взгляд — тревожно-тоскливый, на глазах часто выступают слезы. Больше всего беспокоит невозможность общаться с людьми (теряется, куда-то исчезают слова), слабость, отсутствие каких-либо желаний, «умственное отупение», страх потерять рассудок. Испытывает страх перед будущим, которое воспринимается мрачным. Клинически выраженных расстройств памяти не обнаруживает. Внимание низкой концентрации.

Пониженного питания. Бледность кожных покровов.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Достаточно коммуникабельна. Ищет помощи, утешения	Поведение в терапевтической ситуации	Запрос на поддержку
Несколько раз спросила, не заболела ли она шизофренией, так как она часто чувствует, что сходит с ума	Аффективная сфера	Тревожный ипохондрический
Двигательно зажата, напряжена, как «сдавленная пружина»	Двигательная сфера	Общая напряженность, скованность
Отвечает отрывисто, временами с надрывом, с придыханием	Аффективная сфера	Тревожный
Речь слегка заикающаяся (заикание появилось в процессе болезни)	Речевая активность	Речевая дискордантность
Выражение лица растерянное, тревожное. Взгляд — тревожно-тоскливый, на глазах часто выступают слезы	Аффективная сфера	Тревожно-депрессивный
Больше всего беспокоит невозможность общаться с людьми (теряется, куда-то исчезают слова)	Когнитивная сфера	Атактические расстройства мышления
Беспокоит слабость, отсутствие каких-либо желаний	Аффективная сфера	Ангедония
Беспокоит «умственное отупение»	Когнитивная сфера	Атактические расстройства мышления
Беспокоит страх потерять рассудок	Аффективная сфера	Тревожный
Испытывает страх перед будущим, которое воспринимается мрачным	Аффективная сфера	Тревожно-депрессивный
Внимание низкой концентрации	Когнитивная сфера	Астенический

Ведущий синдром — тревожно-депрессивный субпсихотического уровня.

Пример 11

Пациентка О-ко, 29 лет.

Заключение: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром, дефект личности по апатико-абулическому типу (F20.006).

Жалобы на голоса внутри живота, говорящие ей, что она испорченная, на неприятные запахи фекальных масс, исходящих из полости рта, страх посещать туалет.

Из анамнеза (со слов матери, из меддокументации). Росла и развивалась соответственно возрасту, наследственность отягощена, сестра отца болеет психическим заболеванием. Беременность у матери протекала с угрозами прерывания, пережила сильный стресс на последних месяцах, когда отец попал в аварию. В школу пошла своевременно, училась отлично, окончила с серебряной медалью. В школе была активисткой, «во всем участвовала», будучи студенткой, участвовала во многих общественных движениях, в частности, после теракта в Беслане входила в группу помощи пострадавшим. В школе отношения со сверстниками были хорошими. Из перенесенных заболеваний отмечает обычные простудные инфекции. Первые признаки «душевной тревоги» появились в 12 лет после того, как цыганка погадала на яйце, в котором она увидела «серую маленькую змею», после чего стали тревожить непонятные и назойливые мысли в голове. Первое серьезное изменение в психическом состоянии развилось после окончания института, в возрасте 23 лет, которое мать связывала с тем, что, во-первых, молодой человек ее дочери, с которым она имела серьезные отношения, женился на другой девушке, и во-вторых, дочь не смогла найти работу по специальности экономиста. Больная стала замкнутой, «закрылась в себе», почти не выходила из дома. Спустя 2 года больная стала отмечать странные ощущения, как будто «в левом подреберье находится плиточная печь», которая вызывала страх, ощущала и видела, что над ее головой находится «дно кастрюли серого цвета». Стали часто мучить галлюцинации преимущественно висцерального характера. Пыталась облегчить свое состояние постоянными молитвами, несколько раз крестилась, считая, что цыганка навела на нее порчу. С этого периода начала наблюдаться и лечиться у психиатров (амбулаторно), получала нейролептики. Эффект от терапии был кратковременным и незначительным. Из дома практически не выходит, ничем не занята, ведет пассивный образ жизни, ничем не интересуется, изредка смотрит телевизионные передачи о путешествиях.

Психический статус. Ориентировка сохранена. Сидит с отрешенным видом, никак не реагируя на окружающее. С безразличием относится к беседе, предоставляя матери излагать историю ее болезни. Поза расслабленная. Малоподвижна. Мимика маскообразная, эмоционально маловыразительна, уплощена. Нередко на лице появляется неадекватная улыбка. Отвечает коротко, формально. На многие вопросы реагирует растерянностью и недоумением. Начав говорить, нередко

прерывает беседу, теряет нить. Сообщила, что слышит голоса внутри живота. Коротко объяснила, что боится ходить в туалет сельского типа (живут в селе), так как боится упасть в выгребную яму с фекалиями. Сон не нарушен, аппетит пропадает, когда испытывает обонятельные галлюцинации (запах фекалий). Когнитивные пробы (на внимание, память) не выполняет, объяснений не дает.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Сидит с отрешенным видом, никак не реагируя на окружающее. С безразличием относится к беседе, предоставляя матери излагать историю ее болезни	Поведение в терапевтической ситуации, сфера общения	Замкнутость пассивная подчиняемость
Поза расслабленная. Малоподвижна	Двигательная сфера	Снижение активности
Мимика маскообразная, эмоционально маловыразительна, уплощена	Аффективная сфера	Апатический
Нередко на лице появляется неадекватная улыбка	Сфера восприятия, аффективная сфера	Галлюцинаторный, эмоциональная неадекватность
Отвечает коротко, формально	Коммуникативная сфера	Формальное общение
На многие вопросы реагирует растерянностью и недоумением. Начав говорить, нередко прерывает беседу, теряет нить	Сфера восприятия, когнитивная сфера	Галлюцинаторный, расстройства мышления
Сообщила, что слышит голоса внутри живота	Сфера восприятия	Галлюцинаторный
Коротко объяснила, что боится ходить в туалет сельского типа (живут в селе), так как боится упасть в выгребную яму с фекалиями	Когнитивная сфера	Некритичность мышления
Когнитивные пробы (на внимание, память) не выполняет, объяснений не дает	Поведение	Абулический

Ведущий синдром — галлюцинаторный в сочетании с негативной и дефицитарной симптоматикой.

Пример 12

Пациентка Д-ва, 66 лет.

Заключение: органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F04.1) с тревожно-депрессивными проявлениями.

Жалобы на сильное ухудшение памяти, раздражительность, тревожное настроение, дрожь внутри, плохой сон.

Из анамнеза (из амбулаторной карты, со слов родственников). Является инвалидом II группы по общему заболеванию; 10 лет назад был установлен диагноз «гипертоническая болезнь II стадии, III степени, IV степени риска». Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Атеросклероз аорты. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Правосторонний узловой зоб. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Имеет несколько выписок из различных больниц, где проходила стационарное лечение. С определенного периода записи в амбулаторной карте отсутствуют, что объясняет тем, что она перестала ходить в поликлинику, так как очень нервничала из-за большого количества людей, внутри все начинало дрожать, часто путалась, когда ей что-то объясняли.

Психический статус. Неточно ориентирована в текущей дате — не смогла сразу определить текущую дату (число и месяц), пока не посмотрела на экран телефона. Зайдя в помещение медицинского центра, некоторое время не могла определиться, к какому специалисту она была записана, пока не вмешалась дочь. Речевого общения не избегает, хотя ответы носят формализованный характер. Практически сама не в состоянии дать анамнестические сведения из-за выраженных нарушений памяти. Растеряна. Настроение тревожное, с депрессивным компонентом. При упоминании о тяжелой болезни зятя расплакалась, так как жалко дочь и его. Малословна. Голос тихий. Речь слегка заикающаяся, неуверенная. Малоактивна, пассивна, несколько заторможена. Обнаруживает нарушения семантического осмысливания, не до конца понимает вопросы, дает путаные ответы. На вопрос, наблюдалась ли она у кого-то, проходила ли какие-то обследования за последние 8 лет (после того как перестала посещать участкового врача), путано сообщила, что куда-то ходила, где «было мало людей», но надо было платить деньги, не называет Ф.И.О. ни одного врача, ни учреждения, которое она посещала, ни времени обращения (даже хотя бы год). Сообщила, что принимает какие-то лекарства от давления, вспомнила только один препарат — кардиомагнил. В беседе обнаруживает явления амнестической афазии: не в состоянии воспроизвести

какое-либо слово в нужный момент, путано описывает его внешние признаки (к примеру, забыв слово «квитанция», дала определение — «бумага, где написаны цифры»). В силу расстройств памяти не в состоянии самостоятельно оплатить услуги жилищно-коммунального хозяйства, так как путается в цифрах, за нее это делает младшая дочь, особенно после того, как в один год оплатила какую-то услугу дважды за один и тот же период. Внимание почти не концентрирует, счет по Крепелину выполняет крайне медленно, пропуская целиком десятки (100—7=... 83... 76... 59... 39). При выполнении счета испытывает крайнее напряжение, трет руками виски, на вопрос, что с ней, отвечает, что «в голове сумбур... цифры кружатся...». В пробе на запоминание 10 коротких слов запомнила только два слова, независимо от числа попыток. На несостоятельность реагирует пассивным безразличием. Пассивно подчиняема.

Нормостенического сложения, удовлетворительного питания. Некоторая бледность кожных покровов. Пульс слабого наполнения, без нарушения ритма. Выраженные отеки на ногах.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Неточно ориентирована в текущей дате, а также в окружающем — не могла определиться, к какому специалисту она была записана. Речевого общения не избегает, хотя ответы носят формализованный характер	Когнитивная сфера	Амнестическая дезориентировка
Растеряна	Когнитивная сфера	Когнитивное снижение
При упоминании о тяжелой болезни зятя расплакалась, так как жалко дочь и его	Аффективная сфера	Слабодушие, депрессивный
Голос тихий. Речь слегка заикающаяся, неуверенная	Речевая активность	Тревожно-депрессивный
Малоактивна, пассивна, несколько заторможена	Двигательная активность	Психоорганический, депрессивный
Обнаруживает нарушения семантического осмысливания, не до конца понимает вопросы, дает путаные ответы	Когнитивная сфера	Психоорганический

Окончание табл.

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Не в состоянии воспроизвести какое-либо слово в нужный момент, путано описывает его внешние признаки, к примеру, забыв слово «квитанция», дала определение — «бумага, где написаны цифры»	Когнитивная сфера	Амнестическая афазия
Внимание почти не концентрирует, счет по Крепелину выполняет крайне медленно, пропуская целиком десятки (100-7=...83...76...59...39)	Когнитивная сфера	Психоорганический

Ведущий синдром — амнестический с сопутствующими тревожно-депрессивными проявлениями.

Пример 13

Пациентка К-ва, 74 года.

Заключение: неуточненный делирий (повторяющиеся неразвернутые эпизоды), предположительно в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F05.91).

Жалобы на нарушения сна (поверхностный сон с ранними пробуждениями), снижение памяти, эпизодически возникающие зрительные и слуховые обманы восприятия.

Из анамнеза (со слов пациентки). Проблемы со сном отмечаются последние несколько лет. Память с возрастом стала хуже, но не в такой степени, чтобы существенным образом влиять на ее образ жизни. В быту достаточно самостоятельна. Зрительные и слуховые обманы появились в течение последнего месяца. Изменений в состоянии физического здоровья не отмечает. К психиатру обратилась по настоянию родных.

Психический статус. Речевому контакту доступна. Неточно ориентирована в календарной дате — ошиблась числом, но месяц и год указала правильно. Свой возраст указала правильно. Достаточно подробно описывает галлюцинаторные переживания. Приводит следующие примеры: как-то на стене увидела лица своих умерших родителей (как живые портреты), которые ей улыбались; в другой раз увидела прямо перед собой девочку (как призрак). В другой раз почувствовала, будто за спиной стоит мужчина в синем плаще. Временами испытывает слуховые обманы — в виде окликов, писка мышей. Речь достаточно моду-

лирована. Малоактивна, пассивна, поза расслабленная. Взгляд рассеянный, неустойчивый (плавающий). Слегка эйфорична, благодушна. Не обнаруживает особой тревоги по поводу расстройств восприятия, воспринимая их как некие мистические знаки. Грубых расстройств интеллекта не обнаруживает.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Речевому контакту доступна. Достаточно подробно описывает галлюцинаторные переживания	Коммуникативная сфера	Способность к диалогу
Приводит следующие примеры: как-то на стене увидела лица своих умерших родителей (как живые портреты), которые ей улыбались; в другой раз увидела прямо перед собой девочку (как призрак)	Сфера восприятия	Зрительные галлюцинации
В другой раз почувствовала, будто за спиной стоит мужчина в синем плаще	Сфера восприятия	Экстракампинные галлюцинации
Временами испытывает слуховые обманы — в виде окликов, писка мышей	Сфера восприятия	Слуховые галлюцинации, акоазмы
Малоактивна, пассивна, поза расслабленная	Двигательная активность	Психоорганический, эйфорический
Взгляд рассеянный, неустойчивый, (плавающий)	Психомоторика	Психоорганический, снижение уровня бодрствования
Слегка эйфорична, благодушна. Не обнаруживает особой тревоги по поводу расстройств восприятия, воспринимая их как некие мистические знаки	Аффективная сфера	Эйфорически-некритический

Ведущий синдром — делириозные эпизоды на эйфорическом фоне.

Пример 14

Пациент Г-в, 45 лет.

Заключение: деменция корково-подкоркового типа сложного генеза (токсико-сосудистого) (F02.808).

Жалоб не предъявляет из-за выраженных нарушений речи.

Из анамнеза (со слов близких, из медцокументации). Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Ранее ничем не болел. Занимался фермерством. До болезни имел незащищенный контакт с токсическими веществами (гербицидами). Первые симптомы заболевания возникли три года назад, когда появились нарушения походки (тянул правую ногу), речь стала затрудненной (с трудом выговаривал, коверкал слова). После проведенного амбулаторного лечения, которое не дало эффекта, дважды проходил стационарное обследование и лечение в неврологических отделениях. В последний раз (3 мес назад) выписан с диагнозом «дисциркуляторная (токсическая) энцефалопатия в виде акинетико-ригидного синдрома, лобной деменции, речевых расстройств, лобной дисбазии; выраженный вестибуло-атактический синдром, выраженный цефалгический синдром; выраженный астеноневротический синдром». За период болезни наряду с ухудшением неврологического статуса отмечалось резкое снижение когнитивных функций — в виде нарушения ориентировочной деятельности и понимания ситуации в целом, нарастания общей беспомощности, практического отсутствия социального взаимодействия. В последнее время появились расстройства тазовых функций. Нуждается в присмотре и уходе. Имеет группу инвалидности.

Психический статус. Речевой контакт невозможен из-за выраженных речевых расстройств. На приветствие беспомощно кивает. Судя по поведению, пространственная ориентировка носит ситуативный характер (по формальным внешним признакам окружающей обстановки). Предоставленный самому себе, ничем себя не проявляет, каких-либо побуждений не обнаруживает, пассивно подчиняем. На задаваемые вопросы часто реагирует стереотипными односложными ответами, часто невпопад, нередко характера эхолалии. Речь смазана. Выражение лица растерянное. При выполнении моторных тестов способен только к несложному зрительному подражанию (к примеру, если экспериментатор показывает кружок из большого и указательного пальцев, то он способен повторить); вербальную инструкцию более сложных моторных заданий не осмысляет. Ходит с трудом, с посторонней помощью, походка атактическая. В положении стоя обнаруживает шаткость и неустойчивость. Выраженный тремор рук. Крайне несостоятелен и беспомощен.

Разбор статуса

Описание	Сфера психики	Симптом, синдром
Речевой контакт невозможен из-за выраженных речевых расстройств. На приветствие беспомощно кивает	Речевая активность	Афазия (моторная)
Судя по поведению, пространственная ориентировка носит ситуативный характер (по формальным внешним признакам окружающей обстановки)	Когнитивная сфера	Деменция
Предоставленный самому себе, ничем себя не проявляет, каких-либо побуждений не обнаруживает, пассивно подчиняем	Двигательная активность	Аспонтанность
На задаваемые вопросы часто реагирует стереотипными односложными ответами, часто невпопад, нередко характера эхолалии. Речь смазана	Речевая активность	Афазия (сенсорная, моторная)
Выражение лица растерянное	Когнитивная сфера	Деменция
При выполнении моторных тестов способен только к несложному зрительному подражанию (к примеру, если экспериментатор показывает кружок из большого и указательного пальцев, то он способен повторить); вербальную инструкцию более сложных моторных заданий не осмысляет	Двигательная сфера	Деменция
Ходит с трудом, с посторонней помощью, походка атактическая. В положении стоя обнаруживает шаткость и неустойчивость. Выраженный тремор рук	Двигательная сфера	Неврологические расстройства
Крайне несостоятелен и беспомощен	Поведение	Деменция

Ведущий синдром — синдром тотальной деменции.